DOCUMENT RESUME

ED 349 787 FL 019 929

AUTHOR	Becker, Jytte
TITLE	Samtaler i hvid kittel: En analyse af indlaeggelsessamtaler og deres institutionelle betingelser (Conversations in White Aprons: An Analysis of Hospitalization Conversations and Their Institutional Conditions). ROLIG Papir 47.
INSTITUTION	Roskilde Univ. Center (Denmark).
REPORT NO	ISSN-0106-0821
PUB DATE	Aug 91
NOTE	189p.
AVAILABLE FROM	Roskilde University Center, P.O. Box 260, DK-4000 Roskilde, Denmark.
PUB TYPE	Reports - Research/Technical (143)
LANGUAGE	Danish
EDRS PRICE	MF01/PC08 Plus Postage.
DESCRIPTORS	*Communication (Thought Transfer); Foreign Countries; *Hospitals; Language Research; *Language Styles; Medical Services; *Nurses; *Patients
IDENTIFIERS	Denmark

ABSTRACT

This report focuses on the communication that takes place between nurses and patients in a hospital setting. Nurses have for years been accused of talking at patients rather than talking to them. They have also been accused of using a language that patients do not know. The problem is partly a result of individual roles within the medical profession hierarchy and a specialized language. To discuss this problem, specific sections address the following: the nursing profession; communication in general; conversations in general; hospitalization conversations (between nurse and patient); and hospitals and patients. Four conversations between nurses and patients at Roskilde hospital in Denmark are analyzed, and to conclude, the results of the conversations are discussed. (VWL)

****
* Reproductions supplied by EDRS are the best that can be made *
* from the original document. *
****

ISSN 0106-0821

ED349787

ROLIG papir

Jytte Becker

Samtaler i hvid kittel

47 91

Roskilde UniversitetsCenter
Lingvistgruppen

FL019929

"PERMISSION TO REPRODUCE THIS MATERIAL HAS BEEN GRANTED BY
H. Haberland
TO THE EDUCATIONAL RESOURCES INFORMATION CENTER (ERIC)."

U.S. DEPARTMENT OF EDUCATION
Office of Educational Research and Improvement
EDUCATIONAL RESOURCES INFORMATION CENTER (ERIC)
This document has been reproduced as received from the person or organization originating it.
Minor changes have been made to improve reproduction quality.
Points of view or opinions stated in this document do not necessarily represent official OERI position or policy.

BEST COPY AVAILABLE

ISSN 0106-0821

ROLIG-papir 47
Roskilde Universitetscenter
Lingvistgruppen

Jytte Becker

Samtaler i hvid kittel

En analyse af indlæggelsessamtaler og deres institutionelle betingelser

ROLIG-papir is a series of working papers written by members of ROLIG, the linguistic circle of Roskilde University Center, and others. Readers are invited to comment on or criticize the papers. For ordering information, see the back of this page.

Roskilde Universitetscenter
August 1991

ROLIG papers are distributed free of charge to any private person or institution on our mailing list. Write to: ROLIG, hus 03.2.4, Roskilde University Center, P.O.Box 260, DK-4000 Roskilde, Denmark
e-mail: tarzan@jane.ruc.dk
FAX: (+45) 46 75 44 10
In the USA, some ROLIG-papers are available on microfiche/paper from the ERIC Clearinghouse on Languages and Linguistics, c/o CAL, 1118 22nd Stret, N.W., Washington, D.C. 20067

ROLIG-papirerne bliver sendt gratis til alle der står i vores adressekartotek.
ROLIGs adresse er: ROLIG, hus 03.2.4, RUC, Postbox 260, 4000 Roskilde
elektronisk post: tarzan@jane.ruc.dk
FAX: 46 75 44 10

INDHOLD

1. Indledning 1
2. Metodiske overvejelser 5
3. Sygepleje 9
4. Kommunikation generelt 17
5. Samtale generelt 22
   samtaleparternes individualiteter 28
   det sociale samspil i en samtale 38
   indholdet i en samtale 48
6. Indlæggelsessamtale 55
7. Sygehuset og patienterne 65
   patienterne 65
   sygeplejen på K 32 69
8. Analyse af samtale 1 78
9. Analyse af samtale 2 88
10. Analyse af samtale 3 104
11. Analyse af samtale 4 114
12. Samlet vurdering af samtalerne 132
13. Fra videnskab til praksis 142
14. Litteraturliste 146

SAMTALER

Samtale 1 1
Samtale 2 7
Samtale 3 14
Samtale 4 21

BILAG

Indlæggelsessamtaleskema kaldet dagbog ..... bilag 1
Narkoseseddel ..... bilag 2
Målsætning for plejeplaner på K 32 ..... bilag 3

© Jytte Becker

Oversættelser.

Hospitalet har et sprog
som alle kender
og ingen er ansvarlig for.

Vi siger:
"patienten er medicinplæderende"
og vi mener:
"patienten er tåbelig nok til at forsøge
at få mig til at give sig mere medicin".

Vi siger:
"patienten angiver at ha drukket 3-5 genstande
dagligt"
og vi mener:
"patienten er sikkert fuld af løgn
hun har nok drukket som en svamp".

Lene Malmstrøm
"vi plejer"

1.INDLEDNING.

Motivation til specialet.

Sygeplejersker er gennem flere år blevet beskyldt for at snakke om patienterne og ikke med patienterne. Når de så endelig snakker med patienterne er de blevet beskyldt for at bruge et sprog menigmand ikke kender. En tidligere patient blev i et interview i radioen spurgt om hvad hospitalssprog var, hun svarede: "sort tale".

Jeg har længe haft en idé om at arbejde med informationer til patienter og det er der flere grunde til. En af dem er at jeg selv er sygeplejerske og ved der er problemer med at informere så folk forstår hvad det drejer sig om. En anden er at jeg selv har været i den situation at jeg som patient har haft svært ved at forstå hvad sygeplejersker prøver at fortælle mig.

Jeg er uddannet som sygeplejerske i 1974 og har arbejdet i mange år. Oftere og oftere har jeg undret mig over at der er en stor distance ikke alene fra sygeplejerske til patient, men også i nogle tilfælde fra sygeplejerske til sygeplejerske. En stor del af svaret findes i Peter Harms Larsens "Skriv sundere". Problemerne er til dels institutionen med en fast rollefordeling og et specielt sprog.

Tendensen har gennem de sidste 10-15 år været en stadig større videnskabeliggørelse af sygeplejen som fag. Dette har medført at sygeplejesproget ikke alene er præget af fagudtryk og fagsprog, men i stadig højere grad af videnssprog. Helt galt gik det i "Sygeplejersken" hvor artiklerne efterhånden var så abstrakte og svære at læse; mange menige sygeplejersker følte sig hægtet helt af. Redaktionen har imidlertid gjort meget de sidste par år, så udviklingen er ved at vende igen, men dermed er problemerne ikke løst.

Jeg mener at faget har tendens til at fjerner sig mere og mere fra det egentlige, nemlig den direkte kontakt med patienterne. Dermed overlades mange opgaver til andre personalegrupper.

Videnskabeliggørelsen af sygeplejen har på nogle områder medført en større kløft mellem teori og praksis. Mange sygeplejeprojekter tager udgangspunkt i teorien og beskriver på den baggrund nogle ideale forhold, der går ud på at forstå helheden for det enkelte menneske; de afprøves så i praksis. Det giver ofte problemer fordi virkeligheden er anderledes. Syge- og sundhedsvæsenet har været mere end hundrede år om at udvikle sygehusets hierarki og den medicinske videnskab. Disse traditioner har således eksisteret længe i praksis og følges stadig af lægerne. Det er derfor problematisk at vende bøtten og trække ideale helheder ned over en anderledes virkelighed.

På den baggrund har jeg ønsket at lave et projekt der tager udgangspunkt i praksis. Jeg vil se på en lille del af virkeligheden, analysere den og forstå de problemer der findes. At det handler om sproget er ikke mærkeligt. Det er gennem vores sprog vi lærer, viser hvem vi er og hvad vi står for. Det er bl.a. gennem sproget vi viser magtforhold, relationer og syn på verden. Ved at blive bevidst om sit eget sprog bliver det muligt at forstå disse forhold og tage stilling til om man ønsker at ændre nogle ting eller ej.

Denne opgave har derfor to væsentlige formål. Det ene er at jeg bliver bedre til at forstå hvilke forhold der har betydning for den måde mennesker snakker med hinanden på. Det andet formål er at jeg skal kunne bruge den viden jeg får til at få andre til at forstå hvad der har betydning for deres måde at føre samtaler på.

Arbejdet med specialet har således været med til at opfylde det første formål. Samtidig vil resultatet kunne opfylde det andet formål. Det er muligt at tilrettelægge et kursus ved at starte med specialets slutning, læse det fra slut til start og tage så meget med som målgruppen har brug for. Jeg kan på den måde være med til at sætte skub i en bevidsthedsændring der bevirker at distancen fra sygeplejerske til patient og fra sygeplejerske til sygeplejerske bliver mindre.

At jeg slet ikke koncentrerer mig om lægerne eller andre med indflydelse på sygeplejerskerne er en af de begrænsninger jeg har måtte foretage.

Selv om det empiriske materiale er indlæggelsessamtaler kan materialet anvendes på andre grupper end sygeplejersker for det indeholder også nogle generelle forhold der gælder alle former for samtaler.

Forløbet.

Min oprindelige tanke var at tage udgangspunkt i informationer fra en institution, hospitalet, til patienterne, både skriftlige og mundtlige. Jeg valgte Roskilde Amts Sygehus fordi jeg bor i Roskilde og fordi jeg aldrig havde været der; hverken som sygeplejerske, patient eller pårørende. Dermed havde jeg ingen personlige relationer til stedet hverken positive eller negative.

Efter en henvendelse til forstanderinden for sygeplejen blev jeg henvist til korttidsafdelingen K 32.* Det var der nok to grunde til. Den første er at det er en afdeling der både har skriftlige og mundtlige informationer til patienterne. Den anden er at det er en ret progressiv afdeling der kunne forventes at være med til en undersøgelse.

I øvrigt har jeg ikke på noget tidspunkt mødt nogle restriktioner i forbindelse med mine planer og undersøgelser. Jeg har følt mig velkommen på afdelingen og sygeplejerskerne har vist interesse for mit arbejde.

Ret hurtigt i forløbet valgte jeg at koncentrere mig om indlæggelsessamtaler og dermed bortvælge andre mundtlige og alle skriftlige informationer. Jeg har også lavet interviews med patienter efter indlæggelsen, men i begrænsningens navn er de også slettet igen. Det er heller ikke så interessant at have samtaler om samtaler i forhold til selve samtalen. Det

---

*En korttidsafdeling er i dette tilfælde en afdeling der er lukket i week-ends og helligdage. Patienterne bliver indlagt, men det forventes at de kan udskrives igen samme dag eller få dage efter. En korttidsafdeling har samme status som en hvilken som helst anden afdeling.

kunne være interessant at lave interview med de samme patienter som jeg har samtaler fra, men da jeg fandt ud af det var der gået for lang tid.

Jeg har en aften holdt et lille kursus for sygeplejerskerne på afdelingen hvor jeg bl.a. gennemgik nogle af de sproglige værktøjer jeg har anvendt for at analysere en samtale. Derefter gennemgik jeg en af samtalerne. Alt sammen blev positivt modtaget og de vil gerne høre mere.

2.METODISKE OVERVEJELSER.

På mange måder er sygeplejerskerne i samme situation som jeg er her. Deres virkelighed og deres verdensbillede har indflydelse på de tolkninger de kommer med i løbet af samtalen og det er med til at forme den videre samtale og i sidste ende at sætte patienterne i bås. F.eks. hun er besværlig fordi hun ikke forstår hvad jeg siger, hun er bange fordi osv. Selv om indlæggelsessamtaler ikke er terapeutiske samtaler har de dog det til fælles at den ene part skal være opmærksom på sin måde at kommunikere på. Sygeplejersker skal bevidst kunne bruge samtalen som et værktøj i sygeplejen.

Optagelsen af samtalerne.

Jeg har fået lov af både sygeplejersker og patienter at optage disse samtaler på bånd. Ingen patient har været ked af at skulle medvirke, nogle har bare sagt ja andre har stillet nogle spørgsmål om hvordan jeg ville bruge båndene bagefter.

Sygeplejerskerne derimod var lidt mere skeptiske i starten, de vidste ikke om de snakkede godt nok og de var lidt nervøse for at skulle optages på bånd. Efter de indledende replikker slappede de af, glemte til dels båndoptageren, og snakkede som de plejer - sagde de selv.

Samtaler foregår i nuet og vil aldrig kunne genskabes. Der findes rester af den, parternes egen hukommelse, nogle mennesker kan have overværet den, båndoptagelser osv, men selve samtalen er væk i det øjeblik den er produceret.

Den rest jeg har til rådighed er en båndoptagelse af samtalen. Først prøvede jeg at være til stede ved optagelsen for at danne mig et indtryk af stemningen, den non-verbale kommunikation mm., men jeg måtte opgive det. Patienten henvendte sig oftere til mig end til den sygeplejerske hun faktisk snakkede med. Derefter prøvede jeg at holde mig meget i bag-

grunden, men så snakkede de andre patienter på stuen til mig. Derfor har jeg kun båndoptagelser af samtaler jeg ikke selv har overværet.

Fejlkilder i kommunikationsanalyser.

Det kan ses som en umulighed at analysere en samtale efter en båndoptagelse, Alrø og Kristiansen mener det:

> "Man kan også vælge at optage teksten på lydbånd og forsøge at lave en udskrift af kommunikationen i sin helhed. At dette på forhånd er dømt til at mislykkes, giver sig selv, når man tænker på, at det under alle omstændigheder kun vil være de verbale og paraverbale signaler, der kan registreres. Kropssproget og dermed dets indflydelse på kommunikationen bliver usynligt og umuligt at forholde sig til i analysen." (s. 47)

Når jeg alligevel vover pelsen er det fordi jeg hverken måtte eller ville bruge video. Det var et kategorisk nej fra sygeplejerskernes side. Jeg tror, men ved det ikke, at det for patienterne ville være belastende at skulle optages på video. De er i forvejen i en belastet og uvant situation, derfor har jeg aldrig for alvor overvejet videooptagelser.

Når min rest af virkeligheden er forholdsvis lille og jeg alligevel analyserer den, kan jeg komme til at tolke helt hen i vejret. Hertil kan jeg sige at det er jeg klar over, men jeg forsøger at forholde mig kritisk til den rest jeg har.

En anden fejlkilde er subjektiv, min person som analytiker. Det er umuligt for mig at forholde mig objektivt til en subjektiv virkelighed som jeg er en del af.

Når jeg laver analyser af en indlæggelsessamtale er jeg ofte kommet i den situation at jeg tillægger den sygeplejerske der taler mere end der er belæg for. På den ene side sker der en identifikation med hende; fordi jeg selv er sygeplejerske og har stået i samme situation.

På den anden side kan jeg blive lidt for hård mod sygeplejerskerne, hvilket ikke er retfærdigt, men kommer af at jeg generelt mener sygeplejen som fag er ved at tage sig selv alt for højtidelig.

Det er min generelle opfattelse, men afdeling K 32 er lidt anderledes end de fleste afdelinger fordi sygeplejerskerne har det meste arbejde omkring patienterne, der er ansat meget få sygehjælpere i forhold til sygeplejersker.

Jeg har således nogle aggressioner over for sygeplejen som fag og den kanaliserer jeg måske over på sygeplejersker i al almindelighed. Der sker på den måde en projektion hvor jeg tillægger sygeplejerskerne på afdelingen nogle negative ting der stammer fra mig selv.

I andre tilfælde identificerer jeg mig med patienten for den rolle har jeg også prøvet, og har oplevet nogle frustrationer over ikke at kunne gøre mig forståelig over for en sygeplejerske.

At klarlægge de subjektive fejlkilder kan altså hjælpe til at blive bevidst om de mekanismer der betyder noget for analyser. Vi har alle fortrængninger, selv om de er forskellige fra person til person.

Identifikation er det problem og den fordel enhver analytiker har, man ser sig selv i en eller flere parter eller situationen. Og fordi analytikerne har hver deres model af verden bliver analyser af selv samme tekster jo forskellige; hvilket er et kendt fænomen inden for humaniora.

Plan for opgaven.

En indlæggelsessamtale er en helt speciel form for samtale; hvor en sygeplejerske indgår som den ene part. For at forstå hendes position vil jeg først beskrive hvordan en sygeplejeverden ser ud. Den er præget af sygeplejens historie og en faglig selvforståelse; og disse generelle forhold har indflydelse på sygeplejeuddannelsen og den enkelte sygeplejerske.

Da specialet handler om samtale v.i jeg ligeledes på det generelle plan se på kommunikation for dernæst at afgrænse til at se på hvad en samtale er.

Først når disse ting er beskrevet vil jeg kunne trække de mere specielle forhold frem der har indflydelse på opgaven. Det drejer sig om indlæggelsessamtaler som en ganske speciel type samtaler; og det drejer sig om den specielle afdeling undersøgelsen er foregået på. Disse ting må sammenholdes for at forstå at den ene samtalepart er en sygeplejerske der er bundet af nogle faglige traditioner og specielle rutiner i en helt speciel situation.

Den anden part er patienten og hun er vanskeligere at beskrive. Det er kvinder fra alle sociale lag med forskellige forudsætninger for mødet med institutionen.

Derefter har jeg analyseret fire forskellige indlæggelsessamtaler. I den første viser det sig at det kan lade sig gøre at køre en samtale efter et bestemt mønster når patienten accepterer det. De andre samtaler viser at det giver problemer at være for fastankret i et bestemt mønster hvis patienten ikke har kendskab til sygeplejerskens dagsorden; eller har en faglig viden om institutionen. Det giver også problemer i det øjeblik patienten ikke falder ind i den traditionelle patientrolle som institutionen fordrer.

Til sidst, efter at have vurderet samtalerne, vil jeg se på den ideelle indlæggelsessamtale, som jeg ser den. Der skal tages højde for nogle institutionelle begrænsninger og der skal samtidig være plads til parternes individualiteter.

3.SYGEPLEJE.

Sygeplejens udvikling.

Sygeplejen er et fag der i praksis har eksisteret fra tidernes morgen ved at nogle har passet gamle og syge og draget omsorg for de svage i samfundet. Den moderne sygepleje er grundlagt af Florence Nightingale der i 1860'erne oprettede den første sygeplejeskole, for henholdsvis almindelig og overordnet sygepleje.

I "Notes on Nursing" fra 1859 skriver hun at målet for sygeplejen er at hjælpe mennesket til at komme i bedst mulig tilstand for naturen at arbejde i. Dette gøres ved at patienten får ro, frisk luft, lys, varme, renlighed og rigtig ernæring. Derudover lægger hun vægt på at kunne observere patienterne som et vigtigt element af sygeplejen. (A-L Salling og Hans Vejleskov 1985).

Ved denne opfattelse af sygeplejen lægger Florence Nightingale sig i forlænglese af tidens naturvidenskabelige viden og ideer om sygdom og sundhed. Naturvidenskaben har ændret sig siden og sygeplejen med den. Det gælder ikke kun om at finde den rette diagnose og give patienterne mulighed for at rekreere sig ved at give dem mulighed for at få frisk luft og rigtig mad.

Den naturvidenskabelige tilgang til sygeplejen har været den gængse indtil midt i 1960'erne, hvor amerikanske sygeplejersker ændrer dette syn. Dog er det stadig sådan at den naturvidenskabelige sygepleje praktiseres, men med en større og større indsigt i at patienter er et hele bestående af både en fysisk, en psykisk og en social tilværelse.

Virginia Henderson, amerikansk sygeplejerske, skrev i 1966 "The Nature of Nursing". Hun er en af de første sygeplejersker der skriver om sundheds- og sygepleje som en opgave hvor sygeplejersken erstatter det patienten mangler i fysisk styrke, i vilje eller viden for at kunne fungere som et uafhængigt menneske. Hun mener det kan gøres ved at tilrettelægge

sygeplejen så den dækker menneskets fundamentale behov. Disse behov går fra biologiske behov over sociale til behov der har med udvikling, aktivitet og erkendelse at gøre. (Op. sit.)

Denne behovsopstilling er inspireret af psykologen Maslows behovspyramide. I sygeplejen blev der focuseret meget på de biologiske behov, først når de var dækket kunne de øvrige sociale, mentale m.m. dækkes.

Det naturvidenskabelige syn på sygeplejen ændredes først for alvor i 1970'erne. Den finske sygeplejerske Katie Eriksson har i 70'erne skrevet flere artikler om sit bud på hvordan sundhed og sygdom kan opfattes. Hun mener at mennesket er et system i stadig samspil med miljøet, og at et sundt menneske har både objektive, fysiologiske tegn på sundhed og subjektive oplevelser af velbefindende samt vilje og motivation til sundhed. Hun siger at sundheds- sygeplejens overordnede mål er at alle mennesker i samfundet opnår optimal evne til at udnytte deres kapacitet. Sygeplejersken skal derfor hjælpe det enkelte menneske til at genoprette og vedligeholde sin funktionsevne. Sygeplejersken skal ikke standse ved det enkelte menneske, men også interessere sig og arbejde for det miljø mennesket lever i. Dermed bliver sygeplejersken både individ- og samfundsorientert (op. sit).

Sygeplejen har udviklet sig fra Florence Nightingales sygeplejemetoder der hvilede på den naturvidenskabelige viden om sygdomsårsager, til Katie Erikssons socialmedicinske sygepleje der omfatter det biologiske, sociale og åndelige menneske i det miljø det fungerer i.

Denne sidste opfattelse af sundhed og sygdom stemmer godt overens med WHO's definition. Den siger at "Sundhed er en tilstand af fuldkommen fysisk, psykisk og socialt velvære og ikke blot frihed for sygdom og invaliditet" (op.sit. s.14). Denne definition ligger til grund for det erklærede mål "Sundhed for alle år 2000". Både nationalt og internationalt er politikerne gået ind for dette mål og her i Danmark betyder det at der satses flere ressourcer på forebyggende arbejde; og der satses på at udvikle egenomsorgsprincippet (se senere) for nå målet om sundhed for alle. Det er ikke blot til gavn for det enkelte menneske, men er også til gavn for økonomien; folk der kan tage vare på sig selv belaster ikke systemet.

Begrebsrammer for sygeplejen.

Begrebsrammer eller teorier om sygepleje er opstået med Florence Nightingale der som den første sygeplejerske har beskrevet og behandlet faget teoretisk. Henden principper har levet i mange år og er bl.a. blevet udtrykt gennem metodebeskrivelser, hvor et stadig større kendskab til naturvidenskabelig og hygiejnisk viden var vigtig.

Virginia Henderson fremhæver at det normale menneske er selvstændigt og at det har fundamentale behov. Sygeplejens mål bliver derfor at hjælpe patienten med at tilfredsstille disse behov. Sygeplejehandlinger skal ydes på baggrund af et grundigt kendskab til patienten, hvor sygeplejersken kan identificiere graden af tilfredsstillede og utilfredsstillede behov, og vide hvordan hun skal hjælpe.

Efter Virginia Henderson kom en del andre amerikanske sygeplejersker med forskellige begrebsrammer. I Amerika er sygeplejeuddannelsen ofte en universitetsuddannelse og det betyder at der er mulighed for at arbejde i et videnskabeligt regi med faget. Derfor stammer mange ideer fra Amerika. De fleste af disse sygeplejersker prøver at få sygeplejen beskrevet humanistisk, de mener at patienterne skal plejes som individuelle mennesker.

Også Katie Eriksson som fra nordisk side har markeret sig i sygeplejen, lægger vægt på det humanistiske og det samfundsvidenskabelige i sygeplejen. Alligevel har det i praksis vist sig at det volder store problemer fordi der er en lang naturvidenskabelig tradition bag. Der bliver lagt større vægt på de objektive kriterier end på de subjektive forhold som patienternes egne oplevelser, forventninger og meninger.

Fra dansk side har grundlæggelsen af DISS (Dansk Institut for Sundheds- og Sygeplejeforskning) i 1980 betydet at vi her i landet er begyndt at behandle sygeplejen videnskabeligt. Der bliver i forskellige forskningsprojekter lagt stor vægt på at begrebsrammerne i sygeplejen har en humanistisk tilgang. Det projekt hvor hvor jeg har hentet denne gennemgang bygger ligeledes på en individuel humanistisk opfattelse:

> "Erkendelse og forståelse er en forudsætning for, at patienten kan være aktiv og medansvarlig under indlæggelsen og dermed bruge egne ressourcer. Sygeplejen er en dynamisk proces, som foregår i et samarbejde mellem patient og plejepersonale, og det overordnede mål er, at patienten i videst mulig udstrækning når til at kunne klare sig selv, også med de begrænsninger en eventuel kronisk sygdomstilstand kan indebære." (op. sit. s.46)

Det centrale i sygeplejelitteraturen i disse år er skismaet mellem en naturvidenskabelig og humanistisk/samfundsvidenskabelig tilgang til faget sammenholdt med en praktisk og teoretisk indstilling til faget. Disse forskellige fagsyn, som de eksisterer i dag, er beskrevet af nordmændene Elsa Kristiansen og Aud Sissel Digernes, her gengivet af Jenny Vogelius i artiklen "Sygeplejens Paradigme" 1987.

1. Sygepleje som betingelsesløs omsorg. Her er man kritisk overfor det forebyggende eller sundhedsfremmende element, især hvis det sker på bekostning af omsorgsfunktionen. Man er endvidere kritisk overfor sygepleje som videnskab.

2. Sygepleje som teknologi. Det er en sygepleje der er baseret på en relativ vilkårlig blanding af en række fag og bygger på disses vidensgrundlag.

3. Sygepleje som praktisk medicin. Sygepleje der bygger på et naturfagligt grundlag der hovedsaglig går ud på at observere og udføre ordinerede medicinske opgaver. Det er nok det syn på sygepleje der er mest udbredt i befolkningen.

4. Sygepleje som potentiel selvstændig videnskabsdiciplin. En opfattelse der bygger på et selvstændigt teorigrundlag.

Vogelius vurderer at sygeplejens væsentligste problem er en usikkerhed om på hvilke grundlag man skal konstituere fagets genstandsområde.

For mig at se drejer disse punkter sig om de forskellige selvforståelser forskellige sygeplejersker har. Der er ikke tale om nogen prioriteret liste, der er derimod tale om forskellige holdninger som de kommer til udtryk bl.a. i fagbladet.

Det er omdrejningspunktet i sygeplejen i dag, de intentioner der fra videnskabelig side ligger til grund for hvad sygepleje er og så den travle praksis med lang naturvidenskabelige tradition.

Mange teorier har baggrund i ligeværdigheds- og egenomsorgsprincippet og i sygeplejeprocessen.

Ligeværdighedsprincippet i sygeplejen lægger vægt på at betragte det enkelte menneske i konstant udvikling, såvel fysisk som psykisk som socialt, og som et menneske i konstant samspil med indre og ydre omgivelser.

Egenomsorgsprincippet går i korthed ud på at menneskene skal tage vare om deres eget liv i den udstrækning de kan. De der ikke kan skal hjælpes så de bliver i stand til det. Det kan ske gennem behandling, undervisning, folkeoplysning eller hvad der kan være aktuelt i den givne situation.

Sygeplejeprocessen går ud på at alle sygeplejehandlinger* er problemløsende processer med følgende fælles træk:

1. indsamling af oplysninger om den enkelte patient
2. problemidentifikation
3. planlægning og udførelse af sygeplejehandlinger,
4. evaluering.

(A-L Salling 1981 s.129)

Denne problemløsende metode står i modsætning til den mere gammeldags opfattelse af sygeplejen som er en blanding af de tre første punkter Vogelius nævner, nemlig sygepleje som om-

---

*Sygeplejehandlinger er faktisk alt hvad en sygeplejerske foretager sig: snakker med og underviser patienter, skifter sår, vasker patienter osv.

sorg, som teknologi og som praktisk medicin. I praksis består sygeplejen i dag af både sygepleje som omsorg og sygepleje som egenomsorg.

De centrale emner om hvordan sygeplejen skal udføres ligger i de metoder der diskuteres. Teorierne er for det meste normative og tager sig af sygeplejen som den kan og bør praktiseres. Jeg finder det sundt og rigtigt at gøre sygeplejen til genstand for videnskabelige undersøgelser. På den måde bliver sygeplejerskerne bedre til at analysere, forstå og måske ændre på deres hverdag.

Når videnskabeliggørelsen derimod bliver teoretisk, så der ikke mere findes en forbindelse til praksis, så finder jeg at sygeplejen som fag fjerner sig fra det egentlige; kontakten til patienterne. Her tænker jeg specielt på at tendensen i fagbladet har været at mange sygeplejersker tager udgangspunkt i en teori og forsøger at konstruere en virkelighed så teori og praksis kan passe sammen. På den måde bliver sygeplejen teoretiseret, men ikke nødvendigvis videnskabeliggjort.

Uddannelse.

Det modsætningsforhold der eksisterer i sygeplejens selvforståelse, modsætningen mellem omsorg og egenomsorg; dermed modsæningen mellem lærlingeuddannelsen og akademiseringen af uddannelsen. Dette ses også i uddannelsespolitikken i Danmark. På den ene side forsøger man at fastholde lærlingeuddannelsen og på den anden side forsøger man at arbejde hen imod en akademisering af sygeplejen.

I Danmark har der eksisteret sygeplejeskoler i 100 år. I 1889 blev Dansk Sygeplejeråd grundlagt og dermed kom et krav om en 3 årig uddannelse på medicinske og kirurgiske afdelinger. I 1957 kom den første officielle fastlæggelse af sygeplejeuddannelsen. Det skete efter Dansk Sygeplejeråds uddannelsesforslag, hvor der blev foreslået centralskoler med læsekurser og indførelse af obligatoriske specialer ud over de medicinske og kirurgiske.

I 1979 kom en justering af uddannelsen fra 1957. Der var lagt op til en reform bl.a. ud fra de uddannelsespolitiske forhold der i øvrigt blev debatteret og ændret i årene forud. Men for sygeplejerskerne skete en cementering af den medicinske afhængighed og derfor blev det kun til en justering af uddannelsen.

I dag er sygeplejeuddannelsen 3½ årig, med en forskole på 6 mdr hvor eleverne ikke får løn, men et tilbud om bolig og kost. Den resterende uddannelse på 3 år foregår på sygeplejeskoler knyttet til et hospital. Eleverne får løn og indgår dermed i et ansættelsesforhold. Hospitalerne kan ikke undvære elevernes arbejdskraft, der er sygeplejerskemangel og økonomien taler for sig selv.

Skolerne har lagt meget vægt på at eleverne skulle have gode skolekundskaber og et praktisk håndelag. I 70'erne var dette ikke helt nok, de fleste skoler krævede en studentereksamen eller tilsvarende grundlæggende skoleuddannelse. I 1984 blev sygeplejeuddannelsen lagt under direktoratet for videregående uddannelser med en kooerdineret optagelse herfra.

Tilbage er problematikken om forholdet mellem teori og praksis. Efter den justerede uddannelse i 79 blev teorien og læsestoffet opprioriteret. Samtidig blev praktikperioderne på den enkelte afdeling forkortet så eleverne mistede noget af mesterlæreprincippet. Tilbage står et endnu større skel mellem teori og praksis og mange elever taler om et praksischok. På afdelingerne kan de slet ikke kende den teoretiske sygepleje de har lært på skolen.

Efter nogle års arbejde som sygeplejerske er der mulighed for en videreuddannelse. Den foregår på Danmarks Sygeplejerskehøjskole ved Århus universitet med en afdeling i Århus og en i København. Der findes en 1.del på 9 mdr hvor det er muligt at få en uddannelse som sundhedsplejerske, underviser eller administrator. Derudover findes en 2.del der kun har en linie. Det er en videreførelse af 1.del og er en lederuddannelse, den er ligeledes på 9 mdr.

I 1980 blev DISS oprettet, det er en selvejende institution financieret af Dansk Sygeplejeråd. DISS's mål er at udføre forskning og rådgivning med et forskningsmæssigt sigte inden for sundheds- og sygeplejen. Lederen er sygeplejerske

med videreuddannelse fra højskolen og en etårig amerikansk akademisk grad i sygepleje. De ansatte, 4 i 1988, arbejder med sygeplejeforskning og er ud over deres ansættelse tilknyttet forskellige fag på universiteterne i Danmark.

De uddannelsespolitiske diskussioner der i øjeblikket kører handler om at omlægge elevuddannelsen. Nogle taler for et studium på universitetsniveau, altså en akademisering af uddannelsen og dermed af sygeplejen. Andre taler for en ændret uddannelse i stil med EFG-uddannelserne for at kunne samordne de forskellige sundhedsuddannelser. Der skal så være mulighed for at stige af på forskellige niveauer. Igen ses denne spaltning mellem den teoretiske linie og den praktiske.

Alt i alt vil det sige at sygeplejeuddannelsen stadig er en håndværkeruddannelse når det gælder praksis. Når det derimod gælder teorierne er uddannelsen til dels videnskabelig funderet. Teori og praksis skulle gerne følges ad og de forskellige videnskabeligheder må gå hånd i hånd for at få tingene til at hænge sammen. Sygdom og dermed sundhed er i vores samfund præget af en naturvidenskabelig opfattelse. Den ser mennesket som et objekt, et biologisk fænomen som helst skal kunne forklares.

Eleverne på sygeplejeskolerne vil derimod blive undervist ud fra en humanistisk tilgang der opfatte mennesket som et subjekt som skal kunne forstås. Dermed findes en indbygget dikotomi i sygeplejen i dag og dermed bliver den faglige identitet et problem for den enkelte sygeplejerske og for faget.

4. KOMMUNIKATION GENERELT

Før det er muligt at se hvad en indlæggelsessamtale er, er det nødvendigt at se nærmere på nogle generelle krav til kommunikation. Disse krav har bl.a. Roman Jakobson og Jürgen Habermas beskæftiget sig med.

På baggrund af overordnede krav og forhold er der nogle mere specielle forhold der gælder når det er en bestemt form for kommunikation - samtale - det drejer sig om. Som det er tilfældet med kommunikation i al almindelighed er det også tilfældet med samtaler. Der er med andre ord nogle generelle forhold der gælder for samtaler og nogle specielle forhold der gælder for den enkelte type samtale; i dette tilfælde en institutionaliseret samtale, som en indlæggelsessamtale er.

Roman Jakobsons kommunikationsmodel.

For at se hvilke kommunikationsfaktorer samtaler er forankret i vil jeg her inddrage Roman Jakobsons kommunikationsmodel, fra Sebeok "Style in Language". I korthed går den ud på at der er flere faktorer der har hver sin sprogfunktion. Ved at undersøge disse sprogfunktioner i en udtalelse kan man sige noget om hvilken funktion der er den mest fremtrædende. Et udsagn indeholder aldrig kun én funktion, men en hierarkisk opbygget rækkefølge alt efter hvilken funktioner der er de fremtrædende i udsagnet.

Roman Jakobson opererer med seks kommunikationsfaktorer der hver har deres sproglige funktion, her er de sat sammen i en model.

KONTEKST
referentiel funktion

MEDDELELSE
poetisk funktion

AFSENDER — MODTAGER
emotiv funktion — konativ funktion

KONTAKT
fatisk funktion

KODE
metasproglig funktion

Her opereres med en modtager og en afsender som faste begreber. Afsenderen sender en meddelelse til modtageren. For at fungere må denne meddelelse referere til en kontekst der er begribelig for modtageren i en kode der er fælles for både afsender og modtager. Endelig må der eksistere en kontakt mellem parterne.

Den referentielle funktion er så at sige den "rene" information som udpræget findes i saglige tekster.

Den emotive funktion siger derimod noget om afsenderens holdninger eller følelser overfor hendes udsagn, "ja, så vil jeg godt have det overstået!" og "men det er måske også dumt man skal overflyttes".

Den konative funktion funktion siger noget om et signal til modtageren. I reneste form ses sådanne udsagn som påbud og opfordringer som "og dét skal du ikke skrive!" og "du skal ikke gå i karbad eller svømmehal".

Kontakten findes i den fatiske funktion der tjener til at indlede eller vedligeholde en samtale. Det er "dav", "hej" osv. som indledning og afslutning på en samtale. Det er også en "tom" snak uden indhold der kun tjener til at holde en kontakt ved lige. Det er denne funktion barnet først lærer, inden det overhovedet har et sprog har det nogle bestemte lyde der betyder "her er jeg", "hej", "jeg vil godt snakke med dig" osv.

Den metasproglige funktion er den samtale om koden, om sproget som er vigtig for at sikre at parterne forstår hinanden. Det er "hvad mener du", "hvad var det du sagde" osv.

Den sidste funktion, den poetiske er bundet til meddelelsen. Meddelelsen for meddelelsens skyld er ordspil, sproglige billeder mm.

Alle disse funktioner gælder for enhver samtale, men funktionerne er selvfølgelig ikke lige fremtrædende i forskellige udsagn. Hvilke funktioner der er mest fremtrædende afhænger af situationen, parternes indbyrdes forhold mm.

Jürgen Habermas' krav til kommunikation.

Relevans er et af de centrale krav Habermas stiller for at opnå en god kommunikation, der må være nogle almene og grundlæggende ting i orden. I universalpragmatikken siger Habermas at teksten skal være vederhæftig i forhold til afsenderen og relevant for modtageren. Endvidere skal den være korrekt i forhold til sproget og endelig sandfærdig i forhold til sagen (her efter Gradenwitz' tilpasning).

Det er almene gyldighedskrav Habermas opstiller og derfor gælder det for enhver samtale, der ikke er dømt til at mislykkes, at modtageren skal synes det er betydningsfuldt det man har at sige. I praksis er det ikke usandsynligt at komme ud for det modsatte. Den ene part synes det sagte er meget mere betydningsfuldt end den anden part synes. Der kan så ske flere ting. Afsenderen kan få modparten til at synes det er relevant ved at argumentere. Der kan også ske det at modtageren lukker af og ikke vil være med, så samtalen går i stå.

I en samtale hvor de institutionelle rammer er bestemmende vil emnerne være relevante for i hvert fald den ene part. Det er måske underordnet om de er relevante for modparten. Her er det institutionen der bestemmer hvilke emner der er relevante. I en privat samtale vil begge parter ofte have et krav om relevans for at holde samtalen i gang.

Det er altså ikke nok at det man siger er forståeligt for modparten. Det skal passe ind i modpartens "liv" forstået på den måde at hun skal have både vilje til, interesse og behov

for den betydning hun skal modtage. Passer det til hende er det også relevant for hende og hun vil modtage betydningen og indpasse den til sin verden.

Relevansbegrebet er på den måde vigtigt hvor kravet til en samtale er at parterne skal producere betydning og dermed et af de centrale krav Habermas stiller til en samtale. Et andet vigtigt krav er vederhæftigheden.

At personerne er vederhæftige betyder at de er troværdige og engagerede. Modtageren får en følelse af at kunne stole på den anden part. I en god kommunikation nytter det ikke at udsagnet er relevant hvis afsenderen ikke er vederhæftig. Det vil gå ud over tilliden til afsenderen og budskabet kan risikere at gå tabt.

Pragmatisk tilgang til kommunikation.

Ovenstående forhold der ideelt gælder al kommunikation tager ikke højde for de mere specielle forhold og de begrænsninger der ligger i forhold til personerne, situationen osv.

Kommunikation har et indhold og et budskab, hvad den kan fortælle om og måden den er fortalt på. Det er sproget, måden at argumentere på og emnerne der tages op. Hvad der bestemmer disse ting er afhængig af hvem afsender og modtager er. Altså deres individuelle personligheder, hvilke situation disse personer er i og deres position i forhold til hinanden osv.

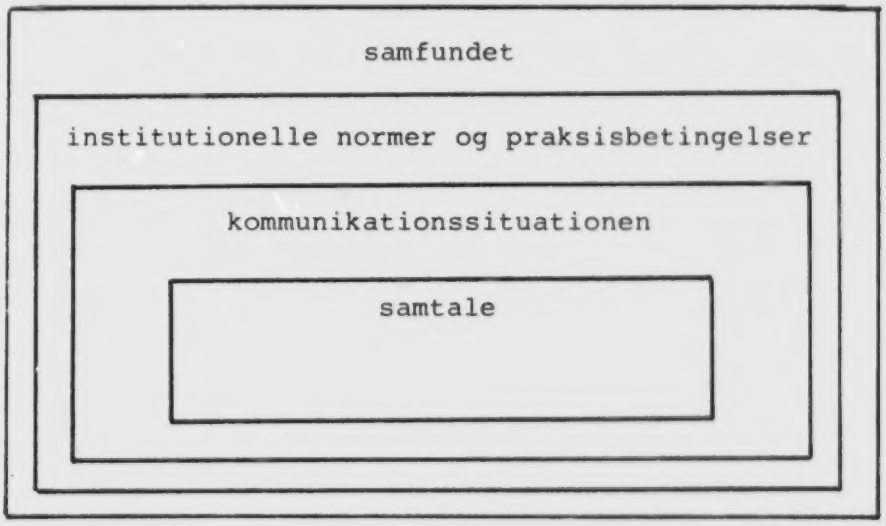
Med andre ord er det hele den specielle institution og de regler og konventioner der findes, der har indflydelse på kommunikationen. Dermed er det samfundet og alle dets regler og normer der gør sig gældende. Der vil hele tiden være nogle konkrete forhold der er bestemt dels af rutinerne og dels af overordnede forhold der har betydning for kommunikationen.

En samtale skal, som al kommunikation, altid bedømmes både udefra og indefra. Både i forhold til de omstændigheder den er produceret ud fra og i forhold til selve det sagte. I en pragmatisk analyse er det således nødvendigt at bruge nogle analyseredskaber fra forskellige teorier.

Allerførst teorier fra lingvistik og tekstvidenskab, men også nogle fra kommunikationsteorier, her er Roman Jakobson og Jürgen Habermas. Nogle kommer fra socialpsykologien for at

bedømme de institutionelle normer og regler for den enkelte. Andre igen fra samfundsteorier for at forstå hvordan samfundets struktur har indflydelse på og er en afspejling i institutioner.

Følgende illustration er inspireret af Leif Jensens model i "Indføring i tekstanalyse for mediestuderende":



Det er en generel model der viser nogle af de faktorer der har indflydelse på kommunikation og dermed også en samtale. Den vil kunne udbygges til specielle tekster eller samtaler så den kan illustrere mere specifikke forhold der har betydning for en bestemt form for kommunikation. Her skal den gælde samtaler og specielt indlæggelsessamtaler (se senere).

5. SAMTALE GENERELT

Efter disse mere generelle betragtninger vil jeg forsøge at komme en samtale nærmere. Først vil jeg gennemgå nogle hel overordnede ting i forbindelse med en samtale for derefter at gå mere i dybden med enkelheder.

Med udgangspunkt i en definition fra Alrø og Kristiansens "Kan du se hvad jeg sagde" vil jeg begynde. Forfatterne siger selv at den er meget bred, alligevel indeholder den nogle karakteristika for en samtale der er værd at kikke på, også for at kunne afgøre hvad en samtale i denne forbindelse ikke er:

> Vi forstår interpersonel kommunikation som ansigt til ansigt kommunikation mellem to eller flere mennesker, som er i direkte kontakt med hinanden og som producerer og udveksler betydning.
> Alrø & Kristiansen s.11.

Ansigt til ansigt.

At tale om en ansigt til ansigt kommunikation skal forstås som individ til individ. Ansigtet er individets udtryk mod omverdenen på samme måde som sproget repræsenterer individet.

Det er de faste begreber en afsender og en modtager som Roman Jakobson har. Der er tale om individer med hver deres indre liv og de indgår i en samtale. Vi har således et krav om at samtalen skal foregå ansigt til ansigt og af sproglige funktioner finder vi så de emotive og de konative. De siger netop noget om personens følelser, holdninger på den ene side og ønsker, påbud på den anden side.

De indfaldsvinkler der kunne være relevante at se på i denne forbindelse er de psykologiske mekanismer. De kan fortælle noget om hvad det er for personer der taler sammen og om deres motiver for samtalen.

Ved at se på nogle almene psykologiske teorier kendt fra psykoanalysen er det muligt at forstå hvordan det enkelte menneskes helt specielle model af verden ser ud. Derudfra kan dets sproglige udtryk forstås, det er jo de sproglige udtryk der er tilgængelige i en samtale.

Det første karakteristikon definitionen stiller er altså at en samtale foregår mellem mennesker.

Når det drejer sig om mennesker spiller det ind hvilke mennesker der i situationen taler sammen. Ikke to er ens, vi er alle individualister med hver sin baggrund, erfaring, personlighed mm. derfor vil forskellige mennesker i en samtale lægge vægt på netop de ting han eller hun synes er vigtige i den givne situation.

I direkte kontakt.

Det næste træk en samtale kan karakteriseres ved er at den foregår i et socialt samspil mellem mennesker. Det sociale samspil er betinget af flere ting og det kommmer bl.a. til udtryk i kontakten og koden. I alle samfund findes regler og konventioner også for kommunikation. Det kommer til udtryk i forholdet mellem personerne som de relationer der findes i rollerne parterne indgår i. Ofte finder vi specielle sproglige koder tilknyttet forskellige roller.

Disse regler og konventioner kan deles i to forskellige. Der er de konstituerede regler som skal overholdes for at den givne institution kan fungere. Med andre ord giver rammerne nogle regler og dermed roller.

Da disse roller og regler administreres af enkeltindivider findes nogle strategiske regler som kan variere fra person til person. Det er med andre ord den enkeltes måde at administrere de givne regler og roller på.

På den måde handler kontakten både om nogle sociale og nogle psykologiske relationer som altid er til stede når mennesker er i direkte kontakt.

En vigtig ting for en samtale er kropssproget. Roman Jakobson behandler kun de verbale ytringer i kommunikationen. Kropssproget ligger i forlængelse af den fatiske funktion; ofte signalerer vi at vi gerne vil tale med en anden ved at bruge kropssproget og vi bruger det for at holde kontakten ved lige.

For at undersøge funktionerne i relation til samspillet mellem parterne i en samtale er det indlysende at se på metakommunikation, kropssprog, roller og relationer. Men også ting som umiddelbart ikke synes helt indlysende vil jeg bruge for at belyse denne del af samtalen. Det drejer sig om forskellige typer af samtaler, ordstyrerfunktioner og forudsætninger. Det er ting der kan sige noget om hvilken kontakt der er parterne imellem. Der er tale om at anvende både nogle psykologiske og nogle sproglige teorier for at få denne del af samtalen belyst.

Personerne skal kunne se, høre lugte og føle hinanden, for alle sanserne kan have betydning i kontakten med andre mennesker. Det føles mere fattigt at skulle sige kærlige ord uden mulighed for at røre hinanden.

Det er i kontakten samspillet mellem personerne foregår. Der er som nævnt tale om et socialt og et psykologisk samspil og det har betydning for den måde vi snakker med andre mennesker på, om vi føler os underlegne, på bølgelængde eller om vi fornemmer en magtkamp.

Selv om parterne ideelt skal være i direkte kontakt med alle sanserne , vil jeg ikke påstå at døve eller blinde ikke kan kommunikere, der gælder andre regler og deres kommunikation har andre karakteristika, men det ligger uden for disse rammer at tage stilling til sådanne former for kommunikation.

Producerer og udveksler betydning.

Når der på denne måde er personer til stede og de er i direkte kontakt, har de mulighed for at kommunikere ved at producere og udveksle betydning.

Betydningen eller udsagnet må nødvendigvis produceres i en person. Denne produktion foregår ved hjælp af bevidste overvejelser om hensigten, ved at anvende kendte begreber og trække på tidligere erfaring og ved bevidste og ubevidste relationer til modparten, enten er modparten kendt som person eller han er kendt som "type" eller "rolle". Disse mere eller mindre kendte størrelser bliver sammenholdt med de nye påvirkninger kontakten, personen eller emnet giver.

Det er således en aktiv proces hver gang en betydning produceres og det er en lige så aktiv proces når betydningen bliver afkodet hos den anden part. Udsagnet bliver sammenholdt med kendte størrelser, tidligere erfaringer osv. og bliver dermed aktivt produceret til ikke blot noget forståeligt, men også noget der kan få betydning for personen.

Det er således ikke en aktiv produktion når vi svarer "ja" bag morgenavisen, for så har vi slet ikke hørt hvad der bliver sagt, vi har kun hørt nogle lyde som tegn på at der bliver sagt noget. Det samme gælder når en fremmed taler til os på et sprog vi ikke kender så har vi ikke mulighed for at afkode det og producere en betydning af det sagte.

Indfaldsvinklerne vil hovedsaglig være sproglige, forstået sådan at det vil handle om fagsprog, emner, dagsorden og relevans.

Indre dialog.

Personligheder er bygget op af flere lag. Der sker ofte noget inde i os når vi snakker med andre, de enkelte lag eller modstridende ting fra samme lag kan komme i en konflikt og dermed i dialog inde i personen.

Alle kender den indre dialog hvor vi snakker med os selv. Den er ikke en entydig størrelse, for vi taler med os selv i vågen tilstand, i drømme, i dagdrømme osv. Det er heller ikke altid en indre dialog er verbal, den kan ligeså godt bestå af sensoriske fornemmelser som lyde, billeder eller fornemmelser.

Når vi snakker med andre fører vi samtidig en dialog med os selv. Der er tale om alle de overvejelser vi bevidst eller ubevidst gør, og som resulterer i at samtalen kan tage den ene eller den anden retning.

> Skal jeg nu brokke mig over at hun har købt de forkerte æbler, eller skal jeg rose hende for at have tænkt på at tage æbler med hjem?

Der er mange eksempler, men jeg vil i denne forbindelse blot konstatere at den indre dialog har betydning for vores samtaler. Den handler ofte om vores motiver til forskellige udsagn og dermed vores mål og hensigter med samtalen. Den er også medvirkende i vores reaktioner på modparten.

Problemet som energien i en samtale.

Bortset fra ekstreme situationer er det bærende i enhver samtale at en eller begge parter har et problem som skal løses eller belyses, både i forhold til sagen og i relation til modparten. Problemet er altså den energi der holder en samtale i gang. Problem er her forstået meget bredt, det kan dreje sig om informationer, forsøg på at overbevise modparten, ønsker om at opnå opmærksomhed, ja, jeg kunne blive ved. Der opstår hele tiden nye problemer i forhold til det oprindelige. Det kan også ske at forholdet mellem parterne blokerer for emnet og så er det disse relationer der er genstand for samtalen og dermed problemet. Meget ofte er delproblemer definitionsproblemer, vi skal forklare hvad vi mener med dette eller hint for så at vende tilbage til hovedproblemet og snakke videre.

Problemerne kan deles op i tre hovedområder, men ikke sådan at en samtale kun har det ene hovedområde som problem. Oftest vil en samtale veksle mellem områderne.

I situationer hvor sagen eller indholdet er hovedproblemet er der tale om et emnerelateret problem. Der er tale om en samtale hvor den referentielle funktion er den herskende. Den mest rendyrkede med dette hovedproblem er en diskussion hvor

sagen er det centrale problem. Vi forsøger at overbevise modparten med saglige argumenter og henvisninger i håb om at han til sidst forstår eller accepterer vores udsagn. Udgangen på en sådan diskussion er at parterne når til enighed. Her er enighed ikke forstået på den måde at de skal være enige i dét de diskuterer, de kan meget vel blive enige om at de er uenige.

Når vi har brugt et argument eller en henvisning 3 gange eller flere og modparten stadig ikke er med, kan det være fordi relationerne mellem os problemet. Der kan være tale om et personrelateret problem. Når jeg beder min datter om at hente en ting til mig og hun svarer: "det kan du selv gøre", er problemet med ét flyttet fra et indholds- til et forholdsproblem, og vi kan have begyndelsen til en magtkamp eller et skænderi, samtalen handler med andre ord om os som personer og vores indbyrdes forhold. Det er således den emotive og konative funktion der vil være dominerende.

En diskussion kan udmunde i et skænderi og det er stadig forholdet mellem parterne der er blevet problemet. Imidlertid behøver der ikke at gå en diskussion forud for et skænderi, det kan især i private samtaler pludselig opstå.

Der vil også her altid være en udgang på samtalen i forhold til problemet. Parternes indbyrdes forhold spiller en rolle. Der kan være tale om en løsning der kan accepteres af begge parter, men her vil der mange gange være tale om et valg. I forholdet til min datter må jeg vælge mellem at acceptere hendes mening om at jeg selv kan hente den ting og dermed acceptere at jeg ikke har magt over hende som selvstændigt menneske. Jeg kunne også vælge at vise hende at jeg har magten og sige "kan du så komme af sted ellers..." Endelig kan samtalen også udmunde i et skænderi for derefter at gå i stå når energien er brugt op.

Det tredie hovedproblem er også et problem der har med relationerne mellem parterne at gøre, menlig et kommunikationsrelateret problem. Det er alle de små udsagn som "hvad var det du sagde?", "hvad mener du med det?" osv. Det er metakommunikationen vi oftest gør brug af i forhold til disse problemer.

Det er også det problem der opstår når folk taler forbi hinanden, så taler de ikke samme sprog. Det kan være fagsprog overfor erfaringssprog og det kan være fordi samtaleparterne har et så forskelligt syn på verden at de ikke forstår hvorfor modparten siger de ting han gør. Der kan være så mange ting skjult at man ikke kan gennemskue argumenterne, herunder hører manipulationer, løgne mm.

Udgangen på disse problemer er at forklare hvad man mener med den eller den udtalelse. Det er også at blotlægge så mange af de hensigter, mål, præsuppositioner osv som er nødvendige for at modparten kan finde ud af hvad man egentlig taler om. Selvfølgelig er det også at tale et sprog modparten kender. Når disse ting er klare kan samtalen fortsætte og det er muligt at snakke videre om det egentlige problem, det der startede samtalen.

SAMTALEPARTERNES INDIVIDUALITETER

Rækkefølgen af hele gennemgangen kan måske diskuteres, hvad kom først hønen eller ægget? Skal det sproglige udtryk komme først fordi det er hvad man umiddelbart kan opfatte. Eller skal baggrunden for udsagnene komme først for at forstå hvad der ligger bag ordene.

Jeg har valgt at lade baggrunden for udsagnene komme først. De har vist sig at nogle områder har været vanskelige at placere. Når koden f.eks. skal placeres er det indlysende at sprog og kropssprog hænger sammen. Men det er også indlysende at kropssproget hænger sammen med kontakten og dermed relationerne parterne imellem.

I flere tilfælde kunne en vinkel lige så godt belyse et andet krav end det krav jeg undersøger. Det er således ikke blot rækkefølgen der kan diskuteres, men også placeringen af de forskellige områder.

De indfaldsvinkler det kan være indlysende at se på i forbindelse med ansigt til ansigt situationen, hvor parterne er til stede med hele deres personlighed, er nogle psykologiske. Det er for at forstå hvilke dybe lag der kan ligge til grund for en enkelt udtalelse.

Når det kan være rimeligt at gå dybt er det for at få den psykologiske tilgang i et analysearbejde af en samtale. Ud fra en model vi alle har dannet opfattes virkeligheden; og det betyder at hver har en platform at opleve og dermed også at tale ud fra, eller hver et perspektiv som det også kan kaldes.

Jeg vil gennemgå nogle teorier fra psykoanalysen og transaktionsanalysen for at se på nogle af de ting der ligger til grund for hvordan det enkelte menneske danner sin helt specielle model af verden.

Perspektiv.

Hver person har sin model af verden og det betyder også at vi har forskellige steder at betragte situationen fra. Et brugt eksempel er guiden der siger "over for Kronborg ligger et ishus". I hendes verden, der er voksen med interesse for slottet og på arbejde som guide, er Kronborg det vigtigste sted og det sætter hun i centrum for de øvrige steder. Lille Peter siger derimod "overfor ishuset ligger et slot", han har et andet sted der er det vigtige og hvor han anskuer verden fra.

Vores perspektiv har altså noget at gøre med den måde vi oplever verden på; og det har noget at gøre med vores sociale forhold, uddannelsesmæssige forhold, roller, køn, alder og meget mere. Når vi taler ud fra hver sit sted kan det ske at der opstår nogle konflikter i samtalen, de såkaldte perspektivkonflikter. Langt fra alle konflikter bliver åbenlyse i kommunikationen, mange bliver skabt af en analytiker og er dermed et teoretisk problem. Men da det ofte er gennem de teoretiske afklaringer vi bliver bevidste om praktiske handlinger kan udækkede konflikter vise hvorfor en samtale går i stå eller skifter problem.

Hver har sin model af verden.

Vi har alle en model af verden som er blevet udviklet gennem

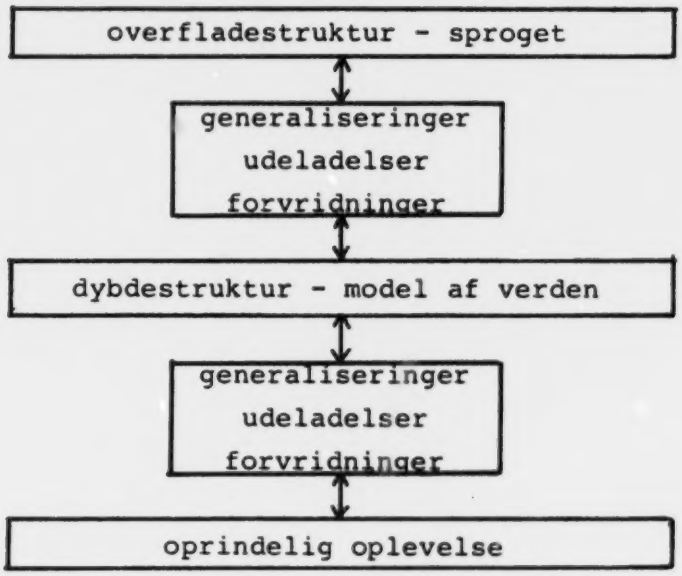
hele vores liv og som stadig udvikles. Alle de erfaringer vi har gjort og alle de oplevelser vi har haft er blevet lagret, bearbejdet og har påvirket os. Derfor er der ikke to mennesker der har den samme model af verden.

En model er en forenkling af virkeligheden eller verden, på samme måde som et landkort er en forenkling af landskabet. På kortet er det vigtigt at have veje, vandløb, skov osv, men for at finde vej efter kortet er det ikke nødvendigt at have alle træer og alle huse tegnet. Modellen viser hvad der er vigtigt for formålet, her at finde vej.

I vores model af verden har vi også kort til rådighed, alt efter situationen og de er vigtige når vi møder andre mennesker i kendte eller ukendte situationer. Det kan f.eks. være vores tidligere erfaringer med læger og sygeplejersker der bliver trukket frem og anvendt i en ny situation som en indlæggelse på sygehuset kan være.

Da vi ikke har plads til det hele bruger vi nogle mekanismer bl.a nogle forsvarsmekanismer til at kategorisere, systematisere og lagre alle de påvirkninger vi får. Det drejer sig om generaliseringer, udeladelser og forvridninger.

vores model af verden



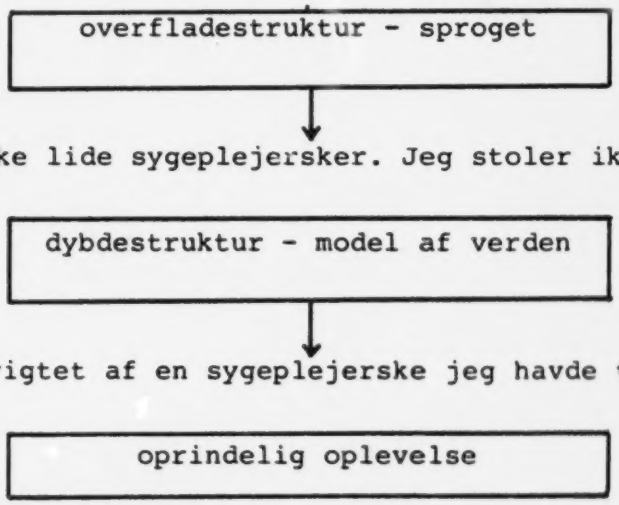
Erno Metze og Jørgen Nystrøm s. 79

Generaliseringer er nødvendige for at vi kan gøre vores verden overskuelig. Der er et ordsprog der siger at brændt barn skyr ilden. Når et barn én gang har brændt sig er det en generalisering når barnet slutter at andre varme ting brænder man sig også på. Mange generaliseringer er hensigtsmæssige og deles af mange mennesker selv om de ikke har været i den samme situation.

Andre generaliseringer er mindre hensigtsmæssige, men ikke desto mindre noget der ligger til grund for den model man bygger op. Som barn har en person måske været indlagt på et hospital og oplevet at skulle have taget en blodprøve. Den sygeplejerske der var med prøvede at aflede barnets opmærksomhed mens det blev stukket. Resultatet blev at barnet forbandt denne ubehagelige oplevelse med at man ikke kan stole på en sygeplejerske. Den oprindelige oplevelse er måske glemt, men generaliseringen til at sygeplejersker ikke er til at stole på er tilbage. Når den person en gang som voksen skal indlægges vil hun være tilbøjelig til at være mistroisk overfor sygeplejersker.

Hendes model af verden kommer så til at se sådan ud:

"Jeg har ikke mere at snakke om. Jeg har talt med en læge."
(samtale 3, (4-10))



Dette eksempel kunne forklare den reaktion vi ser i samtale 3 hvor patienten i første omgang ikke vil snakke med sygeplejersken, det vender jeg tilbage til.

Udeladelser vil sige at vi udvælger de informationer der i forvejen passer ind i vores model af verden. Det kan være hensigtsmæssigt, men det kan også være det modsatte og så rummer det en fare for at vi afskærer os selv fra udvikling og nye oplevelser.

Forvridning er en proces hvor vi ændrer de generaliseringer vi har foretaget, således at vi efter vores model tolker en følelse forkert. F.eks. kan et menneske der har været afvist gennem hele barndommen generalisere ud fra dette. Senere forvrider og fortolker han nye forsøg på intimitet således at alle der nærmer sig er uærlige eller har slette hensigter. Resultatet er den selvopfyldende profeti hvor han oplever en afvisning fordi han selv lægger op til den.

Det er bl.a. ud fra vores model af verden at vi taler ud fra et bestemt perspektiv, men det er ikke det hele. Det skal sammenholdes med størrelser som forventninger, motiver, roller mm. At vi hver især taler ud fra vores private verdensopfattelse gør selvfølgeligt at vi oplever det samme udsagn forskelligt. Vi synes alle at de ting vi siger er både logiske og vigtige, men det er slet ikke sikkert at modparten oplever det samme og det kan give konflikter i en samtale.

Argumentation.

Praktisk argumentation er velegnet til at komme bag udsagnene og på den måde se lidt af personens perspektiv og dermed model af verden.

I denne forbindelse vil jeg se på praktisk argumentation, som den hele tiden foregår og i alle sammenhænge. Charlotte Jørgensen og Merete Onsberg bruger i "Praktisk argumentation" Toulmins model. Den beskriver argumentets opbygning i næsten al argumentation og er derfor velegnet til praksis. Den er udviklet som en sammensmeltning af de klassiske modeller i logikken og retorikken og er nu meget brugt i moderne retorik.

Modellen skildrer de enkelte bestanddele i et argument og deres indbyrdes relation. De tre elementer der altid findes i et argument er:

P = påstand, det synspunkt som afsender søger at få modtagers tilslutning til. Påstanden er det overordnede element i argumentet og der søges accept ved hjælp af de to andre.

B = belæg, det grundlag eller den information som afsender fremsætter som støtte for påstanden. Belægget vil være mere acceptabelt end påstanden.

H = hjemmel forbinder belægget og påstanden således at modtageren kan acceptere påstanden på grundlag af belægget. Indholdet i hjemmel er et generelt synspunkt der kan deles af både modtager og afsender.

Endvidere findes endnu tre elementer der kan være til stede, men ikke behøver det.

S = styrkemarkør der knytter sig til påstanden og angiver afsenders sikkerhed på denne.

G = gendrivelse hvor afsender kan komme med eventuelle forbehold eller usikkerhedsmomenter. Det indeholder omstændigheder hvor det generelle i hjemmel sættes ud af kraft.

R = rygdækning der knytter sig direkte til hjemmel og angiver konkrete holdepunkter for det generelle i hjemmel.

I praksis er modellen velegnet til at fremdrage nogle implicitte hjemler. I et eksempel fra indlæggelsessamtalerne siger patienten at hun troede at hun kunne gennemføre sin graviditet, men flere ting fik hende til at ændre sin beslut-

ning. Den implicitte hjemmel er at hun mener en graviditet bør gennemføres og dermed forstås hendes konflikt ved at skulle have en abort (argumentationen bliver gennemgået senere).

Psykoanalysen.

Der er mange ting der bestemmer vores personlige kommunikationsmønster. I forsøget på at forstå det enkelte menneskets specielle mønster og dermed den specielle måde det kommunikerer på, er det nødvendigt at bruge nogle af de forståelsesrammer der anvendes i psykoterapien. Her tænker jeg specielt på to ting. Transaktionsanalysen fra Eric Berne. Den er en forståelsesramme for hvordan den enkelte danner sin model af verden og hvorfor det sker.
Den anden ting er vores forsvarsmekanismer der stammer fra Anna Freud. De kan forklare hvorfor mennesker forsvarer sig mod indsigt og selvforståelse og dermed blokerer i samtaler. Desuden har jeg brugt forsvarsmekanismerne som forståelse for fejlkilder i en kommunikationsanalyse.

Transaktionsanalysen.

I transaktionsanalysen går man ud fra at alt engang har været bevidst og derfor kan blive det igen. Den første prægning af barnet foregår af forældrerne og forældrelignende personer. Af dem lærer barnet meget hurtigt hvordan det er mest hensigtsmæssigt at begå sig. Barnet "beslutter" sig meget hurtigt for en grundlæggende livsposition. Det har fundet den hensigtsmæssig og det føler sig mest tryg ved at ligne de andre. Derfor kan vi møde mennesker der føler sig sikre på sig selv også i nye situationer og vi møder mennesker der ikke er det.

I det daglige vedligeholder vi den position vi har valgt som vores foretrukne. Det foregår bl.a. ved hjælp af både positive og negative klap for at opnå kontakt, som er en stræben mod intimitet. Har man valgt at have en negativ

position går det groft sagt ud på at få kritik hele tiden, for man skal jo bekræftes i at man ikke duer til noget og på den måde opnå kontakt.

I transaktionsanalysen sættes focus på samspillet og forholdet mellem mennesker. Der opereres med tre jeg-tilstande, et forældre-jeg, et voksent-jeg og et barne-jeg. De er sammen med den grundlæggende livsposition med til at bestemme det enkelte menneskes måde at kommunikere på.

I en samtale foregår mange skjulte transaktioner. Som barn lærer vi vores egen families måde at tale på og dermed de skjulte meddelelser der ligger i udsagnet. Nogle er umiddelbart gennemskuelige mens andre er utrolig indviklede og selv ikke de implicerede parter er klar over dem.

Et eksempel i denne forbindelse er hentet fra samtale 2 hvor sygeplejersken vil snakke om en pjece. Dette dækker reelt over at hun ønsker at meddele patienten at hun helst skal udskrives samme dag. Samtalen foregår med andre ord på flere planer på samme tid, det sociale plan der hedder, skal vi snakke om pjecen og det psykologiske plan der hedder, du skal udskrives i dag.

Disse spil, som vi alle i større eller mindre udstrækning spiller har Eric Berne givet navne. De foregår på den måde at samtalen foregår efter ganske bestemte mønstre der indeholder skjulte transaktioner og med en afsluttende gevinst. Et eksempel fra min tid som hjemmesygeplejerske:

Pt: Du må hjælpe mig med at finde en løsning på mit problem, altså mit sår.

spl: Hvorfor lader du ikke lægen kikke på det?

Pt: Jo, men der har jeg været og det hjælper ikke.

Spl: Hvorfor bruger du ikke den salve jeg gav dig sidste gang?

Pt: Jo, men den er som alle de andre salver.

Spl: Hvorfor prøver du ikke at gå til zoneterapeut som vi har talt om flere gange.

Pt: Ja, men det er for dyrt.

Spl: Hvorfor gør du ikke noget mere gymnastik med benene for at få blodomløbet lidt mere i gang.

Pt: Jo, men jeg glemmer det tit.

osv. osv. osv.

For patienten gælder det om at få den gevinst til sidst, at jeg må give op og samtalen går i stå. Patienten har vundet, jeg kan ikke komme med forslag hun ikke kender, med andre ord jeg slår ikke til som sygeplejerske i denne forbindelse.

Samtidig går jeg ind i rollen og spiller et spil der går ud på "hvorfor gør du ikke, jo, men...". Dermed får jeg også gevinst, nemlig at folk er utaknemmelige og det er ikke min skyld at det går galt, for jeg gør mit bedste.

Hvis vi begge spiller kan det fortsætte i det uendelige. I dette tilfælde er det mig som den professionelle der bør bryde måske ved at sige: "godt, hvad vil du nu gøre".

Det er i tætte kontakter at vi opøver disse spil, men vi kan have foretrukne spil som vi trækker med os ind i andre situationer. Et andet almindeligt spil hedder "havde det ikke været for dig så..."(havde jeg mulighed for at gøre hvad jeg ville, blive lykkelig osv.)

Transaktionsanalysen kan på den måde være en forståelsesramme for hvordan og hvorfor den enkelte danner sin model af verden og dermed hvordan vi udfylder de roller som vi alle går ind og ud af i kontakten med andre mennesker.

Forsvarsmekanismer.

En anden forståelse for kommunikation er forsvarsmekanismerne som Anna Freud har beskrevet. Forsvarsmekanismer er noget vi alle benytter os af, nogle mere end andre, men de er der. Selv om disse teorier er udviklede i forbindelsen med psykoanalysen er de anvendelige på alle, også almindelige, mennesker og deres kommunikation. Anna Freud beskriver forskellige former for forsvarsmekanismer, her nogle af de vigtigste efter Alrø og Kristiansen:

Projektion: man tillægger andre ubehagelige følelser, ønsker, motiver mm. som stammer fra en selv eller er ens egne.
Introjektion: man indoptager egenskaber fra andre som om de var ens egne.
Rationalisering: man giver fornuftige logiske forklaringer på følelsesmæssige problemer ofte for at tage afstand fra disse.
Benægtelser: man afviser eller benægter et problem fordi det er truende for en selv.

Som eksempel på projektion kan gives "hoppe på krogen". Her tillægger man oftest autoriteter større magt end de i virkeligheden har og tager deres meninger som sine egne fordi man selv er usikker eller uafklaret på et bestemt område. Grunden til at man så gør det er for ikke at blotte sig for modparten.

Der er ting man ikke ønsker at sige direkte og derfor snakker man ikke direkte om dem. I gennemgangen af indlæggelsessamtalerne ses flere steder at sygeplejerskerne snakker om hvordan patienterne nu har det efter de har været bedøvet. Men det er ikke det det handler om, for det handler om for sygeplejerskerne at få gjort patienterne opmærksomme på at afdelingen lukker og at de skal udskrives på en bestemt tid.

Det er vigtigt at understrege at selv om ideerne er hentet fra psykoterapien er der tale om almindelige menneskelige mekanismer og vi bruger dem alle, nogle mere end andre.

Sammenfatning.

Når vi taler om at undersøge en samtale for de emotive og konative sproglige funktioner er disse områder, psykoanalysen, model af verden og perspektiv nogle vigtige områder. De skal være referenceramme for den sproglige analyse.

Det er samtidig vigtigt at holde fast i at en sproglig kommunikationsanalyse ikke er nogen psykoanalyse. Gennem analyse kan kommunikationen være et middel til at forstå

psykologiske problemer. Psykologien kan ligeledes være et middel til at forstå kommunikationen, således kan ingen af delene undværes for at forstå kommunikation.

I samtaleanalyse, som dette speciale jo handler om, er målet ikke at ændrer patientens adfærd, men at blive bevidst om hvordan vi kommunikerer. Gennem en bevidstgørelse forstår vi kommunikation og i det øjeblik bliver vi bedre til dels at kommunikere og dels at videregive vores erfaringer til andre.

Så det er vigtigt at have for øje at det der ikke bliver sagt mange gange er vigtigere end det der bliver sagt.

DET SOCIALE SAMSPIL I EN SAMTALE

Da enhver samtale er en social interaktion, er samspillet parterne imellem vigtigt for kommunikationen; det har betydning hvilken rolle parterne har i forhold til hinanden. Dermed er det betydende hvilken relation parterne har indbyrdes, for det er netop det samspilsmæssige der er med til at bestemme om en samtale lykkes eller mislykkes.

Ofte er det sådan at konteksten bestemmer rollerne og dermed også til en vis grad relationerne mellem samtaleparterne. Derfor er det vigtige størrelser at uddybe her. Konteksten har også betydning for hvilken type samtale det drejer sig om, så det vil også blive behandlet. Endvidere vil ordstyrerfunktionen, som dels er tilknyttet de institutionelle samtaler og dels er knyttet til roller og relationer blive nævnt.

At samtalen foregår i løbende intersubjektiv nutid (Peter Harms Larsen, "Samtalens grammatik") betyder at parterne har mulighed for at metakommunikere. De kan således hele tiden justere deres samtale ved at tale om sagen, om hinanden, om sproget, ja, om de ting der i situationen er relevante.

Det betyder også at parterne i kontakten med hinanden har mulighed for at aflæse hinandens kropssprog og reagere på det.

I det hele taget er det vanskeligt at rubricere de forskellige forhold der har indvirkning på en samtale. Selv om kropssprog hænger tæt sammen med sproget har jeg valgt at skille de to ting ad. Det er en teoretisk adskillelse der ikke eksisterer i virkeligheden.

Metakommunikation og fatisk sprog.

Som nævnt er metakommunikation talen om talen. Her er det ikke nødvendigt at uddybe emnet yderligere.

Den fatiske sprogfunktion har også været nævnt tidligere som det sprog vi benytter os af når vi skal i kontakt med en person eller når vi ønsker at holde en kontakt ved lige.

Det er en vigtig del af samtalen for den vedligeholder kontakten. Det meste af det der bliver sagt er fyld, der er ingen informationer i det, men det tjener altså til at fortælle modparten at jeg er her endnu og jeg ønsker en fortsat kontakt med dig.

Børn bruger meget oftere dette kontaktsprog end voksne. De kan tale non stop mens de leger med andre, ikke for at sige hinanden noget, men for at vise den anden at de stadig leger sammen.

En af patienterne siger i samtale 4 (235-236) "det er jo // det er fordi jeg ikke// jeg var ikke så vågen...eller hvad jeg ved ikke" Alle disse udsagn har kun ét formål, at beholde kontakten til sygeplejersken. Sygeplejersken prøver derimod at afslutte den, men hun bliver ved. Hun siger bare noget for at vinde tid til hun har fundet noget med mere indhold.

Kropssprog.

I vores samfund nedprioriteres kropssproget. Vi behøver ikke rejse ret langt sydpå for at opleve hvordan folk taler sammen med ord og en masse fagter. Men her opdrages vi til at sidde pænt dvs stille og undertrykke alle udsagn der ikke er verbale. Derfor virker danskerne måske så kolde og derfor har vi måske så mange psykisk dårligt fungerende mennesker.

Helt fra fødslen, ja endog før, kan vi tale om relationer mellem barnet og omverdenen. Der er det tætte forhold til forældrene og selv om barnet ikke har noget sprog kan det ved en bestemt adfærd kommunikere. Når barnet har fået et sprog vil det stadig bruge både adfærd og et non-verbalt sprog til at kommunikere med, og det bliver vi ved med gennem hele livet. I vores kultur er der imidlertid mange der glemmer at de har et kropssprog der hele tiden snakker med i kommunikationen med andre.

Uanset hvor meget vi undertrykker kropssproget, forsvinder det ikke. Vi siger ofte noget om relationerne med dette sprog selv om vi ikke snakker verbalt om dem. Der er efterhånden en del litteratur om kropssprog og hvad vi siger med det, så der er stigende interesse for netop dette sprog og hvad det betyder.

Problemerne opstår når vi signalerer ét og siger det modsatte. Når en sygeplejerske svarer patienten på spørgsmål, men hele tiden kikker mod døren og står og tripper utålmodigt; taler hun to forskellige sprog der meddeler hver sin modsatrettede ting. Da kropssproget ofte er ubevidst betyder det at det tit er det mest ærlige i en situation hvor der er uoverensstemmelse mellem det talte og adfærden.

Denne uoverensstemmelse kan betyde noget for troværdigheden mellem parterne. Modparten kan komme med saglige argumenter, men man har til stadighed en fornemmelse af at der er noget der ikke passer sammen. Det kan have noget at gøre med modpartens eget forhold til det sagte, men det kan også have noget med kropssproget at gøre.

Med til kropssproget hører også den udstråling en person har og som hænger sammen med institutionen og den rolle hun har. Når en sygeplejerske har kittel på er den ikke kun for at vise at hun er personale. Den har heller ikke udelukkende hygiejniske funktioner. Den har også den funktion at personen har lettere ved at identificere sig med institutionen og dermed også med et kropssprog der passer ind i rammerne.

Ordstyrerfunktionen.

Kropssproget er en vigtig kode når vi vil meddele modparten at nu vil vi gerne sige noget. Skal en samtale lykkes, gælder at der skal være en konsensus om hvem der siger noget og hvem der tier stille. Det er en af de ting man umiddelbart kan opfatte som udeforstående, hvem der har ordet. Der gælder nogle regler de fleste af os kender til, men der er forskellige regler i forskellige situationer. Det er ikke ligemeget om en samtale finder sted på et værtshus eller i en retsal.

Måden man meddeler hinanden at nu vil man gerne tale eller man vil give ordet til modparten har Peter Harms Larsen skrevet om i "Samtalens grammatik". Vi signalerer til hinanden gennem pauser, betoninger og mimik og overholder vi reglerne kan samtalen foregå uden de store problemer. Overtræder vi derimod reglerne vil der opstå tavshed, måske pinlig, eller vi vil tale i munden på hinanden.

I de mere institutionaliserede samtaler er der til dels taget højde for disse problemer idet der eksisterer en indbygget ordstyrerfunktion hos den ene part, den part der via institutionen har magten: dommeren, chefen, lægen osv.

I øvrigt er det vanskeligt at forholde sig til ordstyrerproblemet i analysen af indlæggelsessamtalerne fordi den non-verbale kommunikation er vigtig for denne funktion og den har jeg ikke.

Roller og adfærd.

Der er andre ting end sproget der umiddelbart kan iagttages og det er den adfærd og de roller vi præsenterer os selv med. Gennem socialisationen lærer vi forskellige roller at kende. De er bundet til fastlagte normer og konventioner og er kulturelt og samfundsmæssigt bestemt. Rollerne er altså betinget af situationen med det regelsæt der gælder netop dér. Den samme person har én rolle til fodboldkamp og en anden i banken når kassekreditten er overtrukket.

Den adfærd vi udviser i en given situation er afhængig af omgivelsernes forventning til os i netop denne situation. Men den er også afhængig af vores egen socialisation hvor faktorer som alder, køn, uddannelse og social baggrund spiller ind. Man kan sige at rollen er givet af konventioner og regler, men at den enkelte udfylder og viser rollen individuelt. Eksempelvis er der visse krav og forventninger til en sygeplejerske på den afdeling vi bliver indlagt på. Hvordan hun så sætter sit personlige præg på den rolle er individuelt.

Vi har også selv nogle forventninger til den rolle vi har i forskellige situationer. På den måde har roller en selvforstærkende funktion fordi vi går ind i rollen og er den nogle gange på trods af vores selvforståelse i øvrigt. Jeg kan godt være kritisk over for hospitalet som institution, men i det øjeblik jeg får en uniform på bliver jeg en del af hospitalet og måske ikke helt så kritisk som jeg er uden for murene.

Så længe man accepterer de regler der hører til de forskellige roller opstår der ikke de store problemer i kommunikationen. I en indlæggelsessamtale er rollefordelingen givet på forhånd og det giver sygeplejersken ret til at spørge om selv intime ting uden hun skal begrunde hvorfor hun spørger. Som reglen accepterer patienterne disse spørgsmål, men ikke altid.

Rollerne er afgørende for <u>hvad</u> man taler om:

> Jeg er træt af at være sygeplejerske og træt af at høre om sygdom hele tiden.

Den udtalelse kan nemt gå blandt venner, men den går ikke i en samtale med en patient hvor jeg er sygeplejerske.

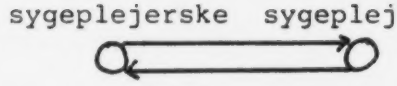
Sammen med rollerne hører der ofte et styrkeforhold mellem dem der taler sammen og disse ting er afgørende for <u>hvordan</u> man taler sammen. Der er forskel på måden at fortælle om ægteskabelige problemer til en ven og til personalet på sygehuset.

Styrkeforholdet kan være socialt betinget, når parterne ikke har samme status, når den ene er underlagt den anden. Det er typisk et sygeplejerske, læge/klient, patient forhold eller et lærer/elev forhold.

Der kan imidlertid også være tale om et psykologisk betinget styrkeforhold, som kan opleves hos socialt ligestillede eller kan gå på tværs af det socialt betingede styrkeforhold.

Når styrkeforholdet er et over/under forhold taler vi om et asymmetrisk forhold, og når styrkeforholdet er lige taler vi om et symmetrisk forhold.

asymmetrisk forhold



symmetrisk forhold

I en indlæggelsessamtale er rollerne givet på forhånd, der er på det sociale område tale om et asymmetrisk forhold. Her vil jeg indskyde at jeg med ordet social mener social i systemet; her er en sygeplejerske mere end en patient, ligesom en læge er mere end en sygeplejerske. Der er ikke tale om de socialgrupper der gælder i vores samfund, men socialgrupper inden for systemet.

Når sygeplejerskerne forsøger at ændre dette forhold ved at holde fast i at det skal være to ligeværdige mennesker der mødes i en samtale, skal det være på det psykologiske plan at symmetrien skal være.

Institutionen har, bl.a. ved et kompetanceforhold, givet den sociale rollefordeling; der vil altid være tale om et asymmetrisk forhold, med mindre det er afdelingens overlæge der ligger i sengen som patient.

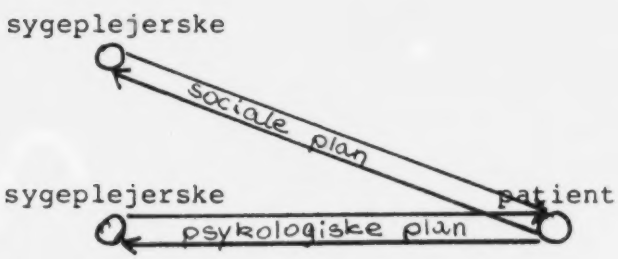
I disse typiske asymmetriske forhold som lærer/elev og sygeplejerske/patient kan vi tale om et komplementært forhold. Et komplementært forhold er defineret som et forhold

hvor stimulus og reaktion svarer til hinanden. Sådan at sygeplejersken og patienten accepterer et asymmetrisk forhold og begge reagerer i forhold til dette.

Det komplementære forhold eksisterer både på det sociale og det psykologiske plan. I følge sygeplejens selvforståelse, den selvforståelse der bygger på ligeværdighedsprincippet, tilstræbes der et symmetrisk forhold på begge planer. Det giver imidlertid nogle konflikter fordi institutionen altid giver et asymmetrisk forhold på det sociale plan.

Det ideelle forhold, som jeg ser det, vil være asymmetrisk på det sociale plan og symmetrisk på det psykologiske plan. Harmonien består ikke i at forsøge at ændre dette asymmetriske sociale forhold, men at acceptere det. Denne accept kan så medføre et symmetrisk forhold på det psykologiske plan.

Dette ideale forhold, som ikke er umuligt at nå, kan så skitseres sådan:



det ideale forhold

De ting der ofte går galt i den almindelige samtale på et hospital er at sygeplejerskerne med deres selvforståelse mm. forsøger at se patienterne som lige samtalepartnere. Nogle patienter derimod har en anden forståelse af sig selv som patienter, de vil gerne hjælpes og de vil ofte gerne have et forhold hvor det er sygeplejersken der har den faglige viden og dermed også må bestemme. De er til en vis grad autoritetstro.

De problemer der så opstår er på det psykologiske plan. Der er tale om en konflikt mellem deres forståelser og den kommer ikke frem og bliver gjort til genstand for samtalen. Sygeplejerskerne taler med patienterne som voksen til voksen,

altså på et lige plan. Patienterne taler med sygeplejerskerne på et ulige plan, som hjælpeløse til hjælperne og dermed svarer stimuli og reaktioner ikke til hinanden.

På det sociale plan går det i praksis uden problemer. Sygeplejerskerne viser med deres krop og deres sprog at de er på hjemmebane og at de har magten. Patienterne ligger i sengene med hospitalstøj på, derfra har de ikke ret meget magt. Så man kan sige at rollerne er givet.

Relationer.

Begrebet relationer dækker over det synlige og det usynlige forhold mellem de mennesker der taler sammen, og det er jo et vidt begreb. Det har noget at gøre med nogle af de ting jeg har været inde på, men det er også noget mere.

Vi er også dårlige til at sige fra og til når vores følelser fortæller os noget om den person vi taler med. Det er sjældent at opleve at folk siger noget om forholdet til den de taler med, det kan både være noget positivt og noget negativt. De fleste bider følelserne i sig og for mange mennesker gælder det at de træner hårdt i denne diciplin. Et eksempel på dette er netop sygeplejersker. Dels bliver (eller blev indtil for ikke ret lang tid siden) piger opdraget til flinke piger, vi har begrebet flinkeskolen som udtryk. Dels fortsætter denne opdragelse i hospitalsverdenen især i den del af uddannelsen der har med mesterlæren at gøre.

Når vi har svært ved at fortælle modparten noget om de relationer der er og forholdet samtidig kræver det, kan skænderiet opleves meget befriende. Her er det muligt at fortælle modparten en hel masse og ofte er det så overdrevet, og modparten ved det, at alle de problematiske relationer kan blive udtalt. Mange oplever en meget god forsoning efter et skænderi, luften er blevet renset for de negative ting og der er nu mere eller mindre frit afløb for de positive ting, nu hvor følelsesdørene alligevel er åbne.

Relationer har altså noget med kropssprog og noget med følelser at gøre. Men det har også noget med andre forhold som roller og adfærd at gøre. For udeforstående kan nogle af

relationerne ikke opfattes, men resultatet af dem kan selvfølgelig. Det er muligt at se at sprog og kropssprog ikke følges ad, men vi må spørge de implicerede hvorfor der er denne uoverensstemmelse.

Andre relationer kan godt opfattes af udenforstående. Det gælder dem der udspringer af sproget, adfærden, rollerne og emnerne. Når jeg begynder at snakke om relationer mellem disse mere håndfaste størrelser er det fordi netop disse ting repræsenterer personen bag. Det er toppen af isbjerget der er synligt. Al det der så ligger under vandet og ikke er synligt er alle de forhold der ligger til grund for det synlige.

Gensvarsmodeller.

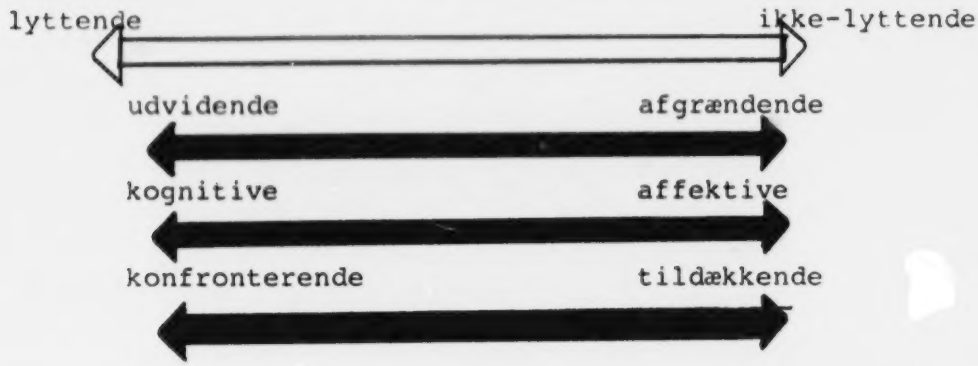
Endnu et kriterium at bedømme en samtale efter er gensvarsmodeller. Her lægges vægt på det svar parterne kommer med og det giver så et muligt mønster i en samtale.

Bruges de afgrænsede svar ofte bevirker det at man tager ansvar for samtalens retning. Kommunikatøren vil gerne bestemme hvad der er relevant at tale om, eller snarere hvad hun synes der er relevant. Det modsatte vil være at give nogle udvidende svar der bevirker at modparten vil kunne fortsætte samtalen på sine præmisser og fortælle hvad hun synes er relevant.

En anden type svar er de tildækkende som står i modsætning til de konfronterende. I de konfronterende vil man finde emnet og man vil ofte finde noget om forholdet mellem de talende, de emotive og konative sproglige funktioner. Det kan også være en tolkning af det modparten siger, vel at mærke en tolkning hun bliver præsenteret for.

I de kognitive gensvar vil man hovedsaglig få informationer af objektiv og faktisk art. Det er her den referentielle sprogfunktion er fremtrædende. Det er typisk selve indholdet der fokuseres på. I modsætning hertil finder vi de affektive gensvar, de prøver at fastholde modparten i følelsesmæssige signaler, både verbale som den emotive sproglige funktion og non-verbale.

Overordnet vil modpolerne lyttende og ikke-lyttende befinde sig. Skematisk ser det sådan ud:



Erno Metze s.33

Denne model er udviklet i forbindelse med terapeutisk samtale, men gælder de fleste samtaler. Ud fra hvilke gensvarsområder der dominerer er det muligt at sige noget om samtalen som helhed. Dog kan det ikke stå alene, for det er vigtigt at sammenholde med begreber som mål og hensigter for en samtale. Som regel har en institutionel samtale til hensigt at få nogle konkrete oplysninger og så skal de afgrænsede og kognitive gensvar være de dominerende.

Sammenfatning.

Alrø og Kristiansen karakteriserer bl.a. en samtale ved at parterne skal være i kontakt med hinanden. Roman Jakobson bruger samme forhold, nemlig kontakten og koden i sin model. Kontakten er af meget stor betydning for en samtale. I private samtaler hvor parterne er tæt på hinanden og i institutionelle hvor parterne er langt fra hinanden gælder det, at der er tale om både sociale og psykologiske relationer mellem dem.

I alle samtaler, ikke kun de regelbundne institutionaliserede, men også i de mere private og flygtige har kontakten betydning for om den lykkes eller ej. Vi bruger kropssprog, kontaktsprog og metakommunikation for at opretholde en kontakt.

I de institutionaliserede samtaler er størrelser som roller og adfærd ofte givet på forhånd, men de udfyldes og opretholdes kun i samspillet med en partner og det er bl.a. kontakten der bestemmer dette samspil. I de mere private

samtaler kan adfærden og dermed magtfordelingen skifte undervejs i samtalen og det vil også kunne mærkes i kontakten.

Relationerne mellem parterne er et meget vigtigt og centralt problem at få belyst. Det kan imidlertid være svært at belyse relationerne fordi det ofte er noget parterne oplever og andres oplevelser kan ikke ses.

Heldigvis er det sådan at samtalepartere ofte røber nogle af deres oplevelser så udenforstående kan opfatte dem. Det gør de typisk i deres kropssprog og måden de svarer igen på. Det kan sige noget om hvordan de oplever kontakten og det kan igen sige noget om relationerne imellem dem.

INDHOLDET I EN SAMTALE

Hvad der også karakteriserer en samtale er at parterne producerer og udveksler betydning. Betydning alene kan ikke udveksles, den skal produceres først. Dette gælder begge parter i en samtale, den der siger noget og den der modtager det sagte. Produktionen foregår ved at man bruger sammenhænge man kender i forvejen til at danne nye betydninger med. Her er det ligegyldigt om man producerer for at sige noget eller man producerer for at forstå.

I det øjeblik man producerer betydning involverer man hele sin individuelle personlighed. Dette kan måske lettest illustreres ved barnets opdragelse i den sproglige verden. For at forklare et barn hvad et nyt begreb er, er det nødvendigt at bruge henvisninger til noget barnet kender i forvejen. Hvis jeg siger til min datter på 7 år at jeg skriver speciale forstår hun det ikke. Hvis jeg forklarer hende at speciale er en stor skriftlig opgave forstår hun måske hvad jeg taler om. Men siger jeg at jeg skal lave rigtig mange lektier, så mange at det fylder en hel bog, så forstår hun hvad jeg snakker om.

Det der sker i den første forklaring, "en stor skriftlig opgave" er at jeg benytter nogle begreber der er lige så abstrakte for hende som "speciale" er det. Der er kun sket en udskiftning af uforståelige begreber, i al fald uforståelige i denne sammenhæng.

I den sidste forklaring, "mange lektier, så mange at det fylder en hel bog" bruger jeg nogle begreber hun kender. Disse begreber kender hun så godt at det er muligt for hende at abstrahere fra de sædvanlige sammenhænge hun bruger begreberne i og sætte dem ind i nye, selv om børn først mestrer denne abstration rigtigt i 12 års alderen. På den måde lærer hun det nye begreb "speciale" (hvad hun så end skal bruge det til i en alder af 7 år). Hun vil så være i stand til at forstå begrebet i vores samtaler fremover, men nok ikke gammel nok til at bruge begrebet selv.

Forståelse af fremmede begreber kan sammenlignes med en transplantation. Når en patient får en ny nyre er det vigtigt at denne nyre accepteres af organismen, ellers vil den udstødes. På samme måde skal vi forstå og acceptere det nye begreb elles støder vi det fra os og bruger det ikke.

At lære nye begreber kan sammenlignes med at forstå hvad modparten i en samtale siger. Vi sammenholder udsagnet med de begreber vi tidligere har erfaret og dermed kender. De fleste ting forstår vi uden videre, men nogle gange er det nødvendigt at stoppe op, det har vi metakommunikationen til. Når vi så er klar over hvad modparten mener er det muligt for os at sammenholde det med vores egne meninger, hensigter og mål for samtalen. På den måde udvikler samtalen sig og vi producerer betydning.

Hvad forudsætter vi hos modparten.

Vi går alle ud fra en viden om nogle ting når vi snakker med andre. Nogle gange er vi tilbøjelige til at ville udtrykke os tydeligt og udtale nogle af de ting vi går ud fra. Men ofte sker der det at vi støtter os til det vi i forvejen kender og "oversætter" nogle ord med andre der er lige så indforståede.

Hvis vi ser på følgende udsagn der kunne være sagt på hospitalet:

> De patienter, jeg som sygeplejerske på K 32 har talt med, de siger at mælkeproduktionen forsvinder lige efter aborten.

Den indeholder nogle oplysninger som mange vil kunne forstå. Imidlertid kræves der en viden, ikke alle vil vide hvad en abort er, hvor K 32 er, forstå mælkeproduktion osv.

Den indeholder henvisninger til begreber der forudsættes bekendt. Der findes ikke udsagn fri for henvisninger til kulturelle eller samfundsskabte begreber, men nogle gange især i institutionaliserede samtaler bliver henvisningerne taget for givet. Vi forventer en konsensus om en fælles kultur og et fælles samfund.

På den anden side er der flere ting vi går ud fra modparten ikke ved noget om. Det drejer sig om den specielle kontekst vi befinder os i. Vi har ikke mulighed for at henvise til tidligere samtaler og vi ved faktisk ikke hvad modparten har af viden.

Modsat vil der i private samtaler være mange flere ting man kan henvise til uden at udtale dem, tidligere samtaler, en fælles viden om hinanden, en viden om modpartens faglige viden osv. I private samtaler gør parterne meget mere brug af denne viden, med andre ord forudsætter de at modparten ved hvad de forskellige henvisninger betyder.

Det er nærliggende at forudsætte mere end der er hold i fordi vi har, ligesom modtageren, det samme samfund og det samme sprog som referanceramme og derfor går vi ud fra at det er kendte størrelser. Alle de ytringer vi kommer med hænger sammen med vores egen forståelse og derigennem forudsætter vi en mængde ting som ikke altid er lige indlysende for modparten, som eksemplet viste.

Vores forudsætninger hænger således sammen med den selvforståelse vi har, både som privatperson og som den fagperson vi er i arbejdssituationen. Det er ikke altid vi formår at lægge vores verdensbillede så klart frem at andre kan forstå

hvilke ting vi går ud fra når vi snakker med dem. Derfor gælder det om at lægge så meget frem som er nødvendigt og ikke sløre budskabet.

Fagsproget

I denne forbindelse skal sproget betragtes meget bredt. Det er det parterne faktisk siger, og også de ting man gør når man siger noget, giver den anden hånden til goddag, smiler osv. Stort set er sproget her alt det vi kan fange på en videooptagelse af en samtale, men jeg har som sagt kun en båndoptalelse.

Her vil jeg et kort øjeblik skelne mellem videnssprog og fagsprog. Fagsprog indeholder alle de fagudtryk, der hører det specielle fag til. Der findes fagsprog der er meget konkret og tæt på et erfaringssprog. Men der findes også fagsprog der er meget abstrakt og præget af det videnskabelige sprog.

Sygeplejersker har en tendens til at bruge videnssprog fordi der i deres uddannelse bygges på videnskabelige fremstillinger. Samtidig har de et fagsprog præget af lægernes latin. Så alt i alt er sygeplejerskers fagsprog et videnssprog.

Går vi fra den institutionaliserede samtale til den private, går vi fra forskellige former for videns- og fagsprog til forskellige former for erfarings- eller dagligsprog. I hospitalsverdenen er sproget som sagt præget af det lægelige fagsprog med mange fagudtryk og af lægernes videnskabelige sprog.

Når en spl siger:

> "og du får lagt en kanyle i hånden altså en venflon, måske noget drop"
>
> samtale 1 (58-59)

er det fagsprog hun taler. At "lægge en kanyle" er fagets perspektiv på hvad kanyler kan anvendes til. Normalt vil man opfatte en kanyle, hvis man ved hvad det er, som noget der

kan stikke og ikke ligge. Ydermere har denne kanyle et specielt navn og endelig taler hun om noget drop, som hører til i fagsproget.

Nu forholder det sig imidlertid sådan at sygdom og til dels sundhed er et populært samtaleemne i manges hverdag. Derfor er der mange ord og begreber i dagligsprog der dækker medicinske emner. Man kan således finde definitioner af ord der dækker over forskellige begreber i fagsprog og dagligsprog. Ordet allergisk betyder i dagligsprog ofte at man har fået for meget af et eller andet. Det kan være i den medicinske betydning, for meget kattehår som man ikke kan tåle. Men det kan lige så godt være i overført betydning, at man har fået nok af besværlige børn, en bestemt adfærd hos andre osv.

Medicinsk betyder allergi entydigt en antigen-antistof reaktion og det kan så have forskellige symptomer. Vi ser et eksempel i samtalerne hvor en pt svarer på spørgsmålet om allergi:

> "jeg vil næsten kalde det en allergi den kvalme og opkastning" samtale 4 (159-160)

At det samme ord kan have hver sin betydning i fagsprog og i dagligsprog er en vigtig ting at være opmærksom på når en fagperson skal snakke med en der ikke er det, som i indlæggelsessamtaler, når en sygeplejerske skal snakke med en patient.

Emner.

Til den referentielle side hører også emnerne altså sagen der tales om. På samme måde som en bestemt type samtale og et bestemt sprog hænger sammen, kan emnerne også hænge sammen med både typen af samtaler og sproget. I private samtaler kan alt diskuteres og være genstand for samtalen. I institutionaliserede samtaler er sagen eller emnerne ofte givet på forhånd af institutionen. Der eksisterer på den måde en dagsorden.

Ved at se på hvilke emner der bliver berørt i en samtale kan man også sige noget om hvilken type det er. Har en sygeplejerske en selvforståelse der bygger på de tekniske og medicinske elementer, vil emnerne relateres til denne. Har en sygeplejerske derimod den selvforståelse der tager udgangspunkt i egenomsorgsprincippet, vil emnerne oftest være af mere private og personlige. Denne indfaldsvinkel til en samtale vender jeg tilbage til i gennemgangen af en indlæggelsessamtale.

Sammenfatning.

På indholdssiden af en samtale er produktionen vigtig for det er derigemmen vi lærer nye ting, både fagligt, socialt og psykologisk. Denne produktion gør det muligt for os at forstå vores samtalepartner og den gør det muligt at formulere vores egne udsagn, den poetiske funktion er med til at gøre tegnene begribelige. Denne funktion bliver omtalt her under sammenfatningen fordi den faktisk ikke bliver brugt i indlæggelsessamtalerne; og den bliver omtalt fordi det ville være en fordel at anvende den.

Roman Jakobson siger at det bl.a. er den poetiske funktion der gør tegnene, ordene tilgængelige for os så vi forstår dem og kan bruge dem igen i den videre produktion. Det sker ved at bruge billeder eller ved at bruge sproget som "musik" så vi stopper op, glemmer den oprindelige faste betydning og kikker på ordene. Derved forbindes de med følelser fordi det musiske i sproget appellerer til vores følelser. På den måde får vi forbundet en stemning med ordene, det sker i vores lille stop.

Den poetiske funktion er på den måde med i produktionen af betydningen, for alle parterne. Den er ikke så fremtrædende i indlæggelsessamtaler, men den burde måske fremhæves noget mere. Jo mere vi bruger denne funktion jo mere tillader vi vores personlighed at skinne igennem og noget af det stive og alvorlige i samtalerne forsvinder.

Nu er ringen sluttet. Når to eller flere parter i en samtale producerer og udveksler betydning, gælder det at det der siges skal produceres inde i en part. Hvad udsagnet konkret bliver er afhængig af konteksten, denne parts verden, specielle mål og hensigter, roller og relationer mm. Hvad modparten så hører bliver på samme måde aktivt produceret inde i hende hvor konteksten, hendes verden, specielle mål og hensigter, roller og relationer mm. har betydning for hendes produktion, altså hendes afkodning af udsagnet.

Det at tale sammen er en proces der kræver aktiv medvirken af begge eller alle parter. Det gælder om at blive bevidst om nogle af alle de mekanismer der er medvirkende til en "god" samtale, på den måde kan vi udvikle os videre og lære nyt. Vi kan alle blive bedre til at snakke med andre mennesker og det er specielt vigtigt i situationer hvor sproget bruges som værktøj som det er tilfældet i indlæggelsessamtaler.

6. INDLÆGGELSESSAMTALE

Mit empiriske materiale er en bestemt type samtale. Den foregår på et sygehus mellem en sygeplejerske og en indlagt patient, og den finder sted kort tid efter patienten er kommet til afdelingen. Denne samtale er et fast begreb i sygeplejeverdenen og den bliver kaldt en indlæggelsessamtale.

Den foregår oftest på afdelingen hvor patienten er indlagt og på selve sygestuen. Der vil derfor ofte være andre patienter eller andet personale til stede. Det almindelige er at patienten er i sin seng mens sygeplejersken står ved siden af eller sidder på sengekanten.

Selve samtalen værer normalt 10-15 minutter og formålet er dels at parterne skal lære hinanden lidt at kende og dels at sygeplejersken skal have og give nogle informationer.

Efter forskellige typer af samtaler er blevet nævnt, vil en indlæggelsessamtale blive beskrevet generelt. Først i næste afsnit vil jeg beskrive den virkelighed den indgår i på den afdeling jeg har foretaget undersøgelsen. Dermed kommer de mere specielle forhold frem som har indflydelse på samtalerne på denne bestemte afdeling.

Dog kan det ske at der ved denne prioritering kommer til at mangle nogle sygeplejemæssige forudsætninger for at bedømme en indlæggelsessamtale. Desuden vil der også komme nogle gentagelser, men jeg mener fremstillingen bliver mere logisk på denne måde.

Forskellige typer af samtaler.

Der findes på den ene side meget personlige og intime samtaler mellem mennesker der kender hinanden godt. På den anden side findes der institutionaliserede samtaler hvor parterne

ikke kender hinanden; og hvor der er mange regler og konventioner der skal overholdes. Imellem disse yderpoler findes alle mulige typer af samtaler.

Man kan groft sige, at jo mere afgørende konventionerne, rammerne og rollerne er for samtalen, jo mere institutionaliseret og formel er den. På den anden side, jo mere parternes personlighed er afgørende for samtalen, jo mere fri og åben er den.

Institutionaliseret Personlig

En institutionaliseret samtale kan være en samtale der foregår hos chefen i en stor virksomhed. Der er givne regler for hvordan denne samtale vil foregå. Den personlige samtale kan så typisk foregå mellem to gode venner, måske i kantinen på samme virksomhed.

Forskellen kan også ses på sygehuset hvor en sygeplejerske skal snakke med overlægen på hans kontor, det vil være en institutionaliseret samtale. I skyllerummet vil en samtale med en kollega kunne foregå efter helt andre regler og dermed være en personlig samtale.

Hvilken type samtale der er tale om bestemmes således i høj grad af hvor denne samtale finder sted og hvem der snakker sammen. Der kan være et over-under forhold mellem parterne repræsenteret ved rollerne. Der kan være et tæt på eller langt fra forhold som bestemmes både af rollerne, men også af mange andre faktorer som har med kontakten og dermed relationerne mellem dem at gøre.

Hvad er en indlæggelsessamtale - et forskningsprojekt.

En indlæggelsessamtale er et fast begreb i sygeplejeverdenen. For at beskrive den nærmere vil jeg henvise til en undersø-

gelse foretaget af Anne-Lise Salling, sygeplejerske og Hans Vejleskov, psykolog, og publiceret i "Patienten som samarbejdspartner" 1985.*

Selve undersøgelsen startede i 1981 med at tilrettelægge og gennemprøve en humanistisk sygepleje, en sygepleje der tilstræber aktivitet og udvikling hos den enkelte patient (indledning s.9).

I sygeplejeverdenen er det ofte som i lægeverdenen at de ting der kan måles og vejes, altså synliggøres, har en noget højere status end ting der er mere eller mindre usynlige. En indlæggelsessamtale er til dels usynlig, den eksisterer kun i det øjeblik den produceres og effekten af den kan være vanskelig at måle. For at synliggøre og dokumentere en indlæggelsessamtale har A-L Salling opstillet et skema, som bliver udfyldt under og efter samtalen. Der er foruden de personlige data 32 spørgsmål der skal besvares. De handler om alt fra sygdom til kost, bolig mm. Hendes samtaler varer 1-1½ time. Der bliver endvidere registreret samtaler senere i indlæggelsesforløbet, set på genindlæggelser mm. Dette er alt sammen sat i forhold til en kontrolgruppes svar senere i indlæggelsesforløbet, antal genindlæggelser osv.

Undersøgelsens begrebsrammer for sundhed og sygdom hviler på den

> "menneskeopfattelse, at ethvert menneske er individuelt, aktivt og ansvarligt for egne handlinger. Det er en humanistisk menneskeopfattelse,"

endvidere på

> "Sygeplejen forstås som en proces, der udføres i et samarbejde med patienten. Samarbejdet hviler på patientens egne oplevelser af sin tilstand og sine forhold og på sygeplejerskens observationer og faglige viden." (s. 29)

De metoder som sygeplejen i A-L Sallings projekt bygger på er:

---

*Dette er 2. udgave. 1. udgave kom i 1983, men det er først i den reviderede udgave fra 1985 at undersøgelsesresultaterne er kommet med.

1. Indlæggelsessamtale
2. Fortsatte samtaler/samarbejde mellem patient og plejepersonale
3. Målrettet undervisning og vejledning
4. Tildelt patientplejeform

(s. 47)

Herefter bliver den fulde definition på en indlæggelsessamtale:

> "En indlæggelsessamtale er en samtale mellem patient og sygeplejerske ved patientens indlæggelse i afdelingen. Indlæggelsessamtalen er patientens indgangsport til plejepersonalet og plejepersonalets indgangsport til patienten. Rigtigt anvendt bliver indlæggelsessamtalen begyndelsen til et samarbejde mellem de to parter.
>
> Indlæggelsessamtalen giver sygeplejersken mulighed for at få ønskede oplysninger af patienten, ligesom patienten kan stille spørgsmål og få de oplysninger han har brug for i relation til sin indlæggelse i afdelingen." (s. 47)

Resultatet af undersøgelsen viser at den enkelte patients forståelse af sygdommen er større end hos kontrolgruppen. Endvidere føler han større medindflydelse og et bedre samarbejde og har en større aktiv stræben efter at klare sig selv.

Da A-L Salling begyndte sin undersøgelse var indlæggelsessamtaler noget forholdsvis nyt i sygeplejen. Den skal ses som led i den moderne sygepleje hvor ikke blot sygeplejen bliver gjort til genstand for forskning, men også for den forståelse af sygepleje hvor egenomsorg står i centrum. Hertil hører begreber som tildelt patientpleje*, administrering af egen medicin, åbne plejeplaner** mm.

---

*Tildelt patientpjeje står for det princip at hver enkelt sygeplejerske har hovedansvaret for bestemte patienter. Det er således den ene sygeplejerske der taler med patienten, tager sig af planlægningen for indlæggelsen og tager sig i det hele taget af de ting der sker omkring denne patient.

**Åbne plejeplaner har afløst sygeplejerskernes traditionelle kardex. Kardex er den sygeplejejournal hvor personalet skriver hvordan patienten har det, hvilke undersøgelser hun skal til osv. Kardex bliver opbevaret på kontoret. En åben plejeplan indeholder de samme oplysninger, men opbevares ved patienten så den er tilgængelig for både personale og patienten.

Sygeplejerskerne, på den afdeling forskningsprojektet foregik, kunne se fordelene ved den ændrede sygepleje, men var ikke sikre på om den under normale forhold ville kunne praktiseres.

Jeg vil pege på det uheldige i at sygeplejersken skriver ned mens hun har sin indlæggelsessamtale med en patient. Det vil altid have et skær af interview hvor det er den ene part der definerer emnerne, hvor meget de skal uddybes; altså hvad der er relevant at tale om. Der ligger i definitionen et asymmetrisk forhold mellem patient og sygeplejerske. Patienten kan stille spørgsmål for at få oplysninger i relation til sin indlæggelse. Men det er vist sygeplejersken der bestemmer hvad der er relevant for ham at få at vide.

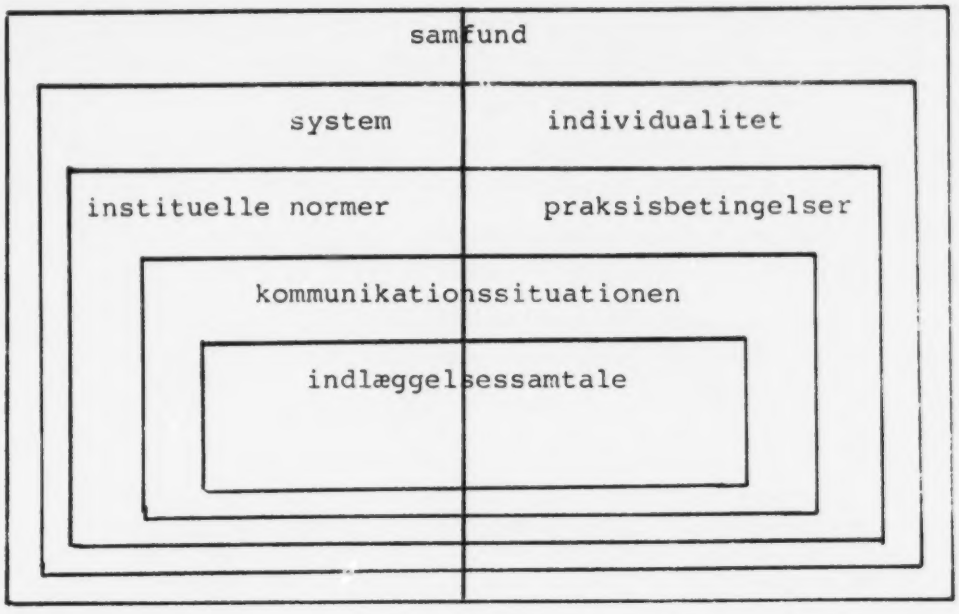
Denne form for indlæggelsessamtale har altså to væsentlige begrænsninger. For det første passer den ikke ind i sygeplejerskernes hverdag, der er dermed nogle institutionelle begrænsninger. Den anden begrænsning er ligeledes institutionel; forholdet mellem patient og sygeplejerske. I teorigrundlaget for projektet bygges på et ligeværdighedsprincip som i praksis ser lidt anderledes ud fordi samtalen må indordne sig under nogle praksisbetingelser.

Indlæggelsessamtalen som type af samtaler.

En indlæggelsessamtale foregår som sagt mellem en sygeplejerske og en patient i en institution. I denne institution findes nogle regler og normer der er med til at sikre at den fungerer.

Institutionen er som system hierarkisk bygget op og præges videnskabeligt af lægernes apparatfejlmodel. Sygeplejersken er således placeret midt i det hierarkiske system hvor hendes magt er begrænset i forhold til cheferne og lægerne. Over for patienterne står hun imidlertid som repræsentant for denne magt og bliver dermed magthaver.

Den generelle model for kommunikation (s. 21) må deles yderligere for at kunne vurdere en indlæggelsessamtale:



På den ene side findes systemet. De konstituerede regler og normer er alle sammen nogle institutionen giver og som skal overholdes. Der kan være tale om sygehusets hierarkiske opbygning, den lægevidenskabelige medicinske/kirurgiske behandling af patienterne og den faglige selvforståelse sygeplejerskerne har fået via deres uddannelse. Der er altså tale om de roller og den adfærd systemet giver og som ligger faste.

På den anden side findes individualiteten der betinger de strategiske regler og normer. De vil ikke være faste, men betinget af den enkelte afdelings, sygeplejerskernes selvforståelse og patienternes måde at udfylde de givne rammer på.

Disse regler bliver afhængige af praksisbetingelser i institutionen, at der kan være tale om en korttidsafdeling, et bestemt mål for den enkelte afdeling og en erklæret sygepleje. I kommunikationssituationen bliver de afhængige af enkeltpersonernes socialisering, uddannelse og model af verden.

I en indlæggelsessamtale er der forskel på hvor stor en del der foregår efter konstituerede regler og hvor stor en del der tillader de strategiske.

I en indlæggelsessamtale hvor en sygeplejerske skal fortælle om de ting der skal foregå med ens egen person, vil man som patient, ofte være interesseret. Dog kun til en vis grænse, hvis informationerne bliver for tekniske er det svært at relatere det til sig selv, dermed bliver det uinteressant.

Udsagnet vil ikke kunne indgå i ens verden og vil derfor ikke blive modtaget (produceret) som forståeligt eller relevant. Således bliver der ikke givet informationer; for informationer der ikke bliver modtaget er lig med nul information.

Samtalen er i disse samtaler planlagt på forhånd, der er flere punkter sygeplejersken skal igennem. Derfor kan man sige at det der er relevant for sygeplejersken at tale om hænger sammen med hendes selvforståelse som sygeplejerske og som privatperson, og det hænger sammen med afdelingens rutiner og behov.

Det der er relevant at tale om for patienterne hænger ligeledes sammen med deres selvforståelse, deres sygdom og deres situation i øvrigt. Det er ikke altid disse to, sygeplejersken og patienten, har sammenfaldende interesser og behov. Det kan give nogle konflikter som jeg vender tilbage til i analyserne.

For at samtalen skal lykkes må sygeplejersken lytte sig frem til de ting der er relevant for patienten at tale om. Tillige må hun spørge og lytte sig frem for at få en viden om patientens "indre liv", for at finde frem til hvordan hendes udsagn skal formuleres og hvad der er rimeligt at henvise til. Altså at finde de forudsætninger patienten har. Selv om der er faste punkter de skal igennem er det individuelt hvilke emner der skal uddybes og hvilke der er unødvendige at snakke om, og hvordan de skal snakke sammen.

Det er tidligere nævnt at fagsprog og videnskabeligt sprog kendetegner et hospital; det lægelige sprog dominerer.

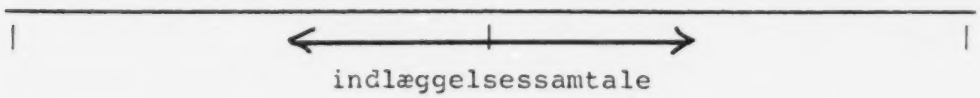
Mange af de emner der skal belyses i en indlæggelsessamtale er givet på forhånd og de roller parterne har er nogenlunde faste. Endvidere er det sygeplejersken der kan afbryde, skifte emne mm. altså har en ordstyrerfunktion knyttet til sin position.

Bl.a. disse forhold gør en indlæggelsessamtale til en institutionaliseret samtale.

På den anden side er målene for en indlæggelsessamtale at den skal være en personlig samtale, at parterne skal samarbejde, at der skal være tryghed og tillid for begge parter og at patienten skal kunne tale sit eget sprog.

En indlæggelsessamtale er en institutionaliseret samtale, men bærer i sproget også præg af at være privat. Der er tre væsentlige grunde til det. For det første lægges der op til en slags fortrolighed mellem to kvinder, for det andet er sygeplejersken placeret relativt langt nede i hospitalsvæsenets hierarki og for det tredie er emnerne af personlig og ofte af intim karakter. Disse forhold er med til at give en afsmitning på sproget så resultatet bliver en mere personlig samtale.

Derfor må samtalen placeres så den kan gå i begge retninger, på nogle punkter lægger sig op ad den institutionaliserede og på andre op ad den mere personlige.



Patienterne kommer til afdelingen og til indlæggelsessamtalen med en individuel forståelse for hvad der skal tales om. En stor del af deres behov for samtalen handler om eksistentielle forhold og problemer som usikkerhed, angst, selve indgrebet og hvad de fejler. En lille del handler om at markere at de er bevidste om at der er regler for kontakten med repræsentanten for systemet. Om de anerkender reglerne er et problem der kan gøres til genstand for samtalen, men det bunder også i deres model af verden og dermed i deres eksistentielle liv.

Sygeplejerskerne går ind i samtalen som systemets repræsentanter og med en faglig viden. Der er nogle faste punkter hun skal igennem, men hvordan de prioriteres og vægtes hænger sammen med bl.a. hendes faglige selvforståelse.

Bygger hendes selvforståelse på en blanding af sygepleje som teknologi og praktisk medicin; vil hun i sin indlæggelsessamtale lægge vægt på at få og give informationer som tjener systemet. Dermed opnås en samtale der er institutionaliseret både hvad angår emner, rollefordeling, sprog mm.

Bygger hendes selvforståelse derimod på en sygepleje der opfatter sig som en potentiel selvstændig videnskabelig diciplin; vil hun kunne opnå enten en institutionaliseret eller en mere personlig samtale.

Opnår hun det første er det fordi hun forsøger at få samtalen passet ind i nogle ideale forhold. Det er således en anden institution, den teoretiske sygepleje, hun støtter sig til. Den kan fungere hvis patienten kan forstå og acceptere at sygeplejersken praktiserer egenomsorg, ligeværdighed osv.

Hun kan også opnå en mere personlig samtale, ud fra denne selvforståelse, i det øjeblik hun forstår at selv om hun praktiserer denne form for sygepleje er der nogle praksisbetingelser som sætter nogle begrænsninger. Hun må tage hensyn til både institutionen og til patienten.

Det professionelle møde.

I et interview i "Sygeplejersken" med Tor Nørretranders, "Sundhedsvæsenet fyres i løbet af ti år", kaldes mødet mellem en sygeplejerske og en patient for "det kliniske møde". En indlæggelsessamtale er et sådant klinisk møde.

Tor Nørretranders mener ikke et "holistisk møde", hvor sygeplejersken ser og forstår hele patienten kan finde sted. I artiklen siges at helhedsopfattelsen ikke er noget man bare tilegner sig, men opnås

> "kun gennem dyb forståelse af enkeltdelene i det andet individ. Derfor giver det ikke mening, når sygeplejerkser snakker om at møde patienterne med et helhedssyn. Målet skal i stedet være det kliniske møde mellem patient og behandler."

Med et klinisk møde mener han at et menneske med et problem mødes af et andet menneske der er vant til at tage sig af problemer.

Videre mener han at

> "Vejen til helhed er at gå ind i individualiteten. Vejen til helhed går ikke gennem, at man glemmer enkeltdelene, men gennem at man fordyber sig i dem."

Det kliniske møde, som jeg foretrækker at kalde det professionelle møde, er mødet mellem patient og sygeplejerske som det kan forekomme i en indlæggelsessamtale.

Sammenfatning.

Her er nu lagt op til at en indlæggelsessamtale er en institutionaliseret samtale, hvor sygeplejersken er den professionelle. Hun er repræsentant for systemet og skal være loyal over for dette. Samtidig er hendes fagområde at mødes med mennesker der har problemer. Ved at inddrage sig selv viser hun et engagement i patienten og dermed også i hendes individuelle liv og problemer. På den måde er hun også loyal over for patienten.

Så længe vi i Danmark har hospitaler som det begreb vi kender i dag, så længe vil der findes en indlæggelsessamtale som en institutionaliseret samtale med mulighed for sygeplejersken for at udnytte de strategiske regler og normer.

7. SYGEHUSET OG PATIENTERNE.

Dette afsnit indeholder for det første en beskrivelse af patienterne, hospitalet og afdelingen. Beskrivelsen vil hovedsaglig være set fra patienternes perspektiv, sådan som de oplever mødet med denne verden. Her er tale om de specielle forhold der gælder for Roskilde Amts Sygehus afdeling K 32*. For det andet sygeplejerskernes perspektiv, selvforståelse og praksisbetingelser på samme afdeling.

PATIENTERNE.

Ordet patient stammer fra latin og betyder en der lider. Ved at være patient eller blive kaldt patient forstår man på dansk i dag stadig en der lider og en der skal hjælpes. Den der kommer til lægen eller på hospitalet påtager sig altså en rolle der mere eller mindre er præget af hjælpeløshed og afhængighed af andre; det gælder for alle, ikke kun de mennesker der indlægges på K 32.

Som patient har mange den forståelse at sygeplejerskerne dels har travlt, de farer frem og tilbage på gangen, og dels at de sidder og drikker kaffe. Derudover forventer folk at sygeplejerskerne er professionelle, de kan hjælpe med de fleste ting og de kan svare på næsten alt. Det er en udbredt opfattelse at sygeplejen er en blanding af omsorg, teknologi og praktisk medicin. Mennesker der bliver indlagt har for de flestes vedkommende en forventning om at de skal hjælpes.

---

*K 32 modtager patienter fra i alt tre specialområder. De patienter jeg har beskæftiget mig med er kvinder med gynækologiske sygdomme. Se * s.3.

Derudover er de fleste lidt bange når de skal indlægges. De fejler et eller andet og usikkerheden ved sygdom og ved den fremmede verden præger dem.

Gennem de senere år er folk generelt blevet meget mere bevidste, de er stadig autoritetstro, men stiller ofte spørgsmålet hvorfor. Sygeplejerskerne på K 32 oplever at de fleste stiller mange spørgsmål, men at de gør hvad de bliver bedt om, når de har fået en forklaring på hvorfor de skal gøre det.

Indlæggelse af gynækologiske patienter.

For at blive indlagt på den gynækologiske afdeling har patienterne først været hos deres egen læge, hvor der bliver skrevet en henvisning til hospitalet. De ting der skal være i orden før en indlæggelse sørger egen læge for. Han skal informere patienterne om det indgreb de skal have foretaget, han skal sørge for at de undersøgelser der skal gøres, inden en indlæggelse, er i orden. Normalt vil det dreje sig om en gynækologisk undersøgelse og blodprøver.

Henvisningen fra egen læge går til overlægen på den gynækologiske afdeling, der visiterer, dvs bestemmer hvem der skal ind hvornår. Ventetiden er ikke lang, for de patienter der skal have lavet abort tager det kun ca. 1 uge. De patienter der skal have lavet en udskrabning må vente op til 3 uger. Dog er der lang ventetid for patienter der skal steriliseres, op til 1 1/2 år.

Efter overlægens visitering sender hans sekretær besked til patienterne. De får et brev hvor der står at de skal møde fastende, hvilken dag og klokkeslet, og at de skal møde i modtagelsen.

Mødet med hospitalet.

Når en patient kommer til hospitalet, skal hun finde ud af hvor modtagelsen er. Der er mange bygninger at vælge imellem, men der er sat skilte op. Kirurgisk-gynækologisk ambulatorium, modtagelse, langtidsmedicinsk afdeling m.m. Patienten

bliver mødt af fremmede ord og bliver allerede her gjort opmærksom på at dette er en verden hvor hun er på udebane. I modtagelsen skal patienten henvende sig til en sekretær, der spørger om navn, CPR osv. Derefter må hun sidde i et venteværelse og vente på den læge der skal skrive journal, dvs den læge hun skal snakke med og som vil spørge om en hel masse ting. Tidligere sygdomme, nuværende sygdom, hvordan den er opstået, hvilke behandlinger hun indtil nu har fået osv. Han vil spørge om medicinforbrug, allergi og en del andre ting. Alt dette bliver skrevet i den journal der kommer til at følge patienten.

Derefter går hun op på afdelingen hvor en sekretær eller sygeplejerske tager imod hende og viser hende hvor hun skal ligge.

Mødet med afdeling K 32.

Efter patienten er kommet på afdelingen og blevet vist til sin seng, får hun besked på at gå i seng og vente på den sygeplejerske der skal tale med hende.

Afdeling K 32 er normeret til 24 patienter fordelt på 3 specialer: gynækologi, ortopædi og organkirurgi. Denne opdeling betyder at der er knyttet 3 overlæger til afdelingen. Den lægelige opdeling af patienter er efter sygdomme, specialer og det betyder at en overlæge kan have sengepladser på mange afdelinger. Sygeplejen derimod er delt efter afdelinger, altså fysiske sammenhænge. En oversygeplejerske har ofte flere afdelinger hun er chef for.

K 32 er som nævnt et korttidsafsnit hvilket vil sige at der er lukket i week-ends og på helligdage. Dette giver især problemer for de patienter der bliver indlagt om fredagen. En fordel ved at have et 5-dags afsnit er, at der ugen igennem er det samme personale. På den måde lægger rammerne op til tildelt patient-pleje, hvor det er den samme sygeplejerske der tager sig af alt omkring den enkelte patient.

Den enkelte patient mærker ikke meget til at afdelingen dækker 3 specialer. Kun de læger der er tilknyttet det område patienten hører til kommer han eller hun komme i kontakt med.

Det skal dog bemærkes at jeg har talt med flere patienter der var meget forbavset over at møde mænd i dagligstuen. De troede det var en ren gynækologisk afdeling.

Afdelingen startede 1/2 1984 med at have den struktur den nu har, et 5-dags afsnit hvor sygeplejen er baseret på tildelt patient-pleje og hvor det traditionelle sygeplejekardex er udskiftet med åbne plejeplaner (bilag 1). Disse følger patienterne den tid de er indlagt. Der bliver skrevet hvilke undersøgelser hver enkelt skal til, hvilke resultater lægerne er kommet til, hvordan hun har det osv. Patienten bliver opfordret til at skrive i den, men det er oftest kun personalet der benytter plejeplanen.

På kontoret opbevares den traditionelle lægejournal sammen med en liste med patientens navn, hvilken operation de skal til og eventuelle aftaler. Den er en huskeseddel til personalet og ikke ret meget andet. På denne afdeling drejer det sig ofte om små operationer, små for lægerne og sygeplejerskerne, men måske store for patienterne.

De fysiske rammer hvor indlæggelsessamtalen foregår er hospitalsstuen. Patienterne ligger eller sidder op i deres senge og har fået hospitalstøj på, natskjorte, evt en undertrøje og lange hvide strømper. Da det er gynækologiske indgreb det drejer sig om, har de ingen trusser på, men et stiklagen svøbt om maven. De har selvfølgelig også en dyne at dække sig med.

Afdelingen har to stuer de bruger til disse patienter, en 6-sengs stue og en 3-sengs stue. På hver stue er der senge med et sengebord til. Der er ved den ene væg et lille skab til det private tøj. På den store stue er der et bord og et par stole, men ellers er der ikke noget inventar, heller ikke på væggene.

Alle sygeplejersker, sygehjælpere og elever er i traditionelle hvide hospitalskjoler og de allerfleste har et stetoskop stukket i den ene lomme eller hængende om halsen.

Når personalet taler med patienterne står de enten ved siden af sengen eller de sidder på sengekanten (selv om det ikke er så velset af hygiejniske grunde).

På afdelingen kommer kvinder fra alle sociale lag. De informationer afdelingen giver, både skriftligt og mundtligt skal kunne forstås af alle. Nogle finder de skriftlige informationer er for svære at læse, mens andre synes de er for overfladiske.

Men generelt synes de patienter jeg har talt med at de er blevet godt informeret. Det er ligeledes afdelingens indtryk at patienterne er tilfredse med informationerne.

At specielt denne afdeling formår at få en god kontakt til deres patienter ses ved at mange af dem ringer tilbage til afdelingen for at spørge om noget i forbindelse med deres indlæggelse. Daglig har de kontakt med udskrevne patienter. Det er ikke kun denne afdeling der har det, men det er ikke særlig almindeligt at have så stor kontakt med tidligere patienter.

Det er meget sjældent at sygeplejerskerne oplever at patienterne ikke vil tale med dem. De kan ikke huske at de er blevet helt afvist og derfor ikke har fået snakket. Nogle patienter er skeptiske i starten af en samtale, men vil gerne snakke når de har fået nogle oplysninger om hvorfor de skal snakke sammen.

I en indlæggelsessamtale mødes disse to; sygeplejerskerne på den ene side, som repræsentanter for systemet, og patienterne på den anden side, som gæster i en fremmed verden.

SYGEPLEJEN PÅ K 32.

Der er sket meget de sidste 5-10 år i sygeplejen. De nye ting som indlæggelsessamtaler, åbne plejeplaner, tildelt patientpleje mm. er mange steder en realitet i mere eller mindre "rene" former. Den er en del af metoderne til at udføre sygepleje efter egenomsorgsprincippet. Der findes litteratur som teorigrundlag for sygeplejen, den sygepleje der er en potentiel selvstændig videnskabelig diciplin.

På Roskilde sygehus har ca. halvdelen af afdelingerne en eller anden form for indlæggelsessamtale. K 32 har været meget tidligt ude og har allerede i 1984 indført disse samtaler, åbne plejeplaner og tildelt patientpleje.

Afdeling K 32 har en målsætning for åbne plejeplaner, som de kalder en dagbog, og som første led for at praktisere åbne plejeplaner hører en introduktion til disse og den er indeholdt i indlæggelsessamtalen.

Som A-L Salling har beskrevet er midlerne for at praktisere en humanistisk sygepleje indlæggelsessamtaler, åbne plejeplaner og tildelt patientpleje. Det er meget ofte disse ting praktiseres samtidig fordi de ligger i forlængelse af hinanden.

De åbne plejeplaner skrives sammen med patienterne og ligger på sengebordet. Patienterne opfordres til selv at skrive i dem.

I afdelingens mål for disse plejeplaner hedder det bl.a.

> At patienten efter introduktion om åbne plejeplaner er motiveret til at samarbejde omkring denne under indlæggelsen.
>
> At patienten sammen med "sin" sygeplejerske opstiller/taler om forventninger/mål til indlæggelsen.
>
> At samarbejdet mellem patient og plejepersonale beror på ligeværdighed, samt foregår i et miljø, hvor der hurtigt etableres/skabes tillid og tryghed.
>
> At patienten med egne ord giver udtryk for oplevelser/følelser.
>
> (bliag 3)

Som det kan ses af disse mål er konteksten for samtalen givet af systemet og på sygeplejerskernes præmisser. Afdelingen siger at patienten skal samarbejde omkring de åbne plejeplaner, at hun skal opstille mål og forventninger til indlæggelsen og at hun skal samarbejde med personalet ud fra et ligeværdighedsprincip.

Vægten i disse mål ligger i relationen mellem sygeplejerske og patient, "er motiveret til at samarbejde" at "samarbejdet beror på ligeværdighed" hvor "der hurtigt etableres/skabes tillid og tryghed". Samtaleteknisk lægges der vægt på

det emotive, at patienten "opstiller/taler om forventninger/mål" og at hun med egne ord "giver udtryk for oplevelser/følelser". Afdelingens faglige selvforståelse bygger således på principper som egenomsorg, ligeværdighed og tildelt patientpleje.

Dagbogen tvinger sygeplejerskerne til at forklare hvad de skriver. På den måde får patienterne nok en bedre information end de gør ved det traditionelle sygeplejekardex der opbevares på kontoret. Ulempen er at ikke alt bliver skrevet. Har en sygeplejerske mistanke om at en patient er alkoholiker vil det ikke stå i dagbogen, men det vil være en oplysning hun giver videre til de andre, mundtlig. Måske kommer det så til at stå i lægejournalen.

Indlæggelsessamtaler på K 32.

På K 32 bliver indlæggelsessamtalen prioriteret ret højt. Den bliver gennemført selv om afdelingen har meget travlt, men måske kortet ned. Den bliver ikke analyseret sammen med de andre sygeplejersker, det sker kun hvis der viser sig noget "unormalt". Det vil i så tilfælde ofte være af medicinske, lægelige årsager. F.eks. skulle en patient have lavet en udskrabning, men det viste sig at hun var gravid, hvilket hun ikke vidste, og rutinerne måtte lægges om. Mindre omlægninger kan ske hvis sygeplejersken under samtalen finder ud af at patienten er allergisk overfor jod f.eks. hvor det så er nødvendigt at gøre andre opmærksom på problemet, specielt operationsgangen. (Man bruger nemlig jod til at vaske med før et indgreb).

En indlæggelsessamtale har ud fra afdelingens mål flere funktioner. At patienten sammen med "sin" sygeplejerske skal opstille/tale om forventninger/mål til indlæggelsen betyder at både patient og sygeplejerske skal sige hvad indlæggelsen handler om, hvorfor patienten er blevet indlagt og hvad der fra hospitalets side bliver gjort for at hjælpe. Med andre ord skal sygeplejersken have nogle oplysninger af patienten.

Patienten kan godt tale om sine forventninger til indlæggelsen, men hun kan ikke alene opstille et mål. Her må sygeplejersken træde til og fortælle om afdelingens rutiner og behandlinger for det er sammenholdt med disse ting at det bliver muligt at opstille et mål.

Det er også sygeplejersken der informerer patienten om den åbne plejeplan. Derfor har en indlæggelsessamtale den funktion at give og få informationer til brug for sygeplejersken og dermed afdelingen.

Denne informationsudveksling har endnu en funktion, nemlig at der "etableres/skabes tillid og tryghed". Afdelingen har det formål at berolige patienterne og det gøres ved at fortælle patienten hvad der skal ske og ved at lære "sin" sygeplejerske bedre at kende end andre, så har patienten et fast holdepunkt under indlæggelsen.

At patienten skal give udtryk for sine oplevelser/følelser med egne ord har den funktion at huske sygeplejersken på at hun må lytte til patienten.

Målet giver dog et indtryk af at sygeplejersken ser patienten som en samarbejdspartner hvis sprog er gyldigt. Der ligger et forsøg på at gøre patienterne og plejepersonalet ligeværdige så samarbejdet kan fungere.

Eksisterer der et sådan samarbejde vil patienten dels bruge sit eget sprog og dels være lige så toneangivende som sygeplejersken i de forventninger/mål der bliver opstillet. Samtalen vil derfor også kunne have den funktion at de har mulighed for at tale om ting der for det første er problemer for patienten her og nu, i indlæggelsessituationen. For det andet at se videre frem og tale om problemer ud over selve indlæggelsen, sygdommens konsekvenser for patienten og i det hele taget hele hendes situation.

Ud fra ovenstående har en indlæggelsessamtale på K 32 flere funktioner:

1. Informationer af teknisk medicinsk art.
   a. få oplysninger af patienten
   b. give informationer

2. Beroligelse af patienten, dvs informere om afdelingen og indgrebet.

3. Gå mere ind på patientens præmisser og tale om de ting der er et problem i situationen, under indlæggelsen.

4. Tale med patienten ud fra et helhedssyn og interessere sig for mennesket ud over de tekniske problemer og ud over her og nu situationen.

De første to funktioner vil normalt dække indlæggelsessamtalen. Emnerne er til dels givet på forhånd i en institutionaliserede samtale hvor hospitalet og situationen står som kontekst. Men på den anden side har sygeplejerskerne den selvforståelse at de ønsker at tale med patienterne ud fra et helhedssyn. Det bevirker så at de andre funktioner må drages med ind i samtalen.

Generelt vil man sige at en samtale handler om forskellige emner. Jo mere institutionaliseret en samtale er jo mere forudsigelige er de emner der tages op. I en indlæggelsessamtale vil de forudsigelige emner være den "huskeseddel" eller dagsorden personalet har at gå efter. Det er de punkter der skal besvares i dagbogen (bilag 1) og det er en oplysningsseddel til narkoseafdelingen (bilag 2). Afdelingens mål om at informere for at berolige patienterne indgår ligeledes i funktionerne for en indlæggelsessamtale.

Som tidligere beskrevet gælder det for sygeplejersker at der ofte er et skel mellem teori og praksis. I teorien vil de fleste gerne vedgå den forståelse der bygger på at se mennesket som en helhed, derfor bør en samtale foregå efter ligeværdighedsprincippet.

At emnerne til dels er givet behøver ikke at betyde at samtalen opfylder en bestemt funktion. Emnerne kan tages op og have forskellige funktioner alt efter hvilke hensigter og holdninger der i situationen er tale om. At tale om hvornår en patient skal udskrives, som vi ser i "mine" indlæggelsessamtaler, kan have den funktion at informere patienten om at afdelingen lukker fredag eftermiddag og så kan hun tage hjem. Det kunne også være for at berolige patienten, for selv om afdelingen lukker er der mulighed for at komme på en anden afdeling, hvis hun ikke har det så godt. Der kan også være

BEST COPY AVAILABLE

tale om at ville snakke med patienten om at kunne klare sig hjemme det første døgn efter hun er udskrevet, om der er nogen der kan hjælpe osv.

Det er altså ikke nok at se på hvilke emner der tales om, men i høj grad også hvordan der tales om disse emner, altså hvilken hensigt parterne har for at tage netop de emner op. I analyserne vil det være muligt at få funktionerne frem ud fra hvordan parterne taler om de forskellige emner.

I praksis volder det problemer. Ofte er hverdagen så presset for sygeplejerskerne at det er umuligt at indgå i en indlæggelsessamtale efter ligeværdighedsprincippet, og dermed bliver funktionen af samtalen ofte at give og få informationer samt at sikre at afdelingens rutiner bliver overholdt. Samtidig er mange patienter autoritetstro og kræver ofte at blive hjulpet. De indgår aktivt i den rolle som den der skal hjælpes og det fremmer rollen som hjælper hos sygeplejersken. Der bliver på denne måde tale om et asymetrisk forhold som samtidigt er komplementært, reaktionerne svarer til stimuli. Disse roller fremmer ikke ligeværdighedsprincippet derfor bliver der uoverensstemmelse mellem de erklærede mål og praksis.

Indre dagsorden.

Som overgang til samtalerne vil jeg vende tilbage til de skemaer der skal udfyldes. Ved at have disse papirer kan man sige at der findes ting der skal besvares og det er en dagsorden der er tilgængelig for begge parter. Sygeplejersken ved hvad den indeholder og den bliver synlig for begge patienten under samtalen. De punkter der skal udfyldes er: navn, pårørende, allergi, medicin, årsag til indlæggelse, plan for indlæggelsen, højde, vægt, urinprøve og beroligende medicin.

Imidlertid er der i al fald to andre dagsordener der fra sygeplejerskens side er med til at styre samtalen. De er i modsætning til den første ikke tilgængelig for patienten.

Den ene er de mål afdelingen har for deres sygepleje. Da åbne plejeplaner er en del af den humanistiske sygepleje betyder det at det formål der eksisterer for åbne plejeplaner også er formålet for sygeplejen:

> "At patienten medinddrages i plejeforløbet samt udnytter egne ressourcer/egenomsorg og føler medansvar for målet for indlæggelsen nås i samarbejde med plejepersonalet." (bilag 3)

Personalet har altså den faglige selvforståelse at de går ind for egenomsorg og bygger på ligeværdighedsprincippet. Dette praktiseres bl.a. ved tildelt patientpleje og indlæggelsessamtaler.

Der står i afdelingens pjece at man som patient vil blive modtaget af én sygeplejerske der så vidt det er muligt vil følge én under indlæggelsen. Der står også at man gerne selv må deltage i det praktiske. Alligevel ved patienterne ikke at disse ting dækker over en bestemt form for sygepleje. Som patient ved man ikke at der er forskellige slags sygepleje.

Der er således to vigtige ting under den ene skjulte dagsorden. Det er at patienterne medinddrages i plejen og der skal bl.a. gennem samtalen skabes tryghed og tillid. Det er ting der er skrevet ned og som sygeplejersken kender.

Den anden skjulte dagsorden er ikke skrevet nogen steder. Den eksisterer i praksis og varierer noget fra sygeplejerske til sygeplejerske. Desuden er den afhængig af hvor travlt der er på afdelingen og om det er fredag eller en anden dag.

Det overordnede for denne dagsorden er at afdelingens forretningsgang skal afvikles effektivt og hurtigt. Det bevirker at patienter skal beroliges fordi de på den måde behøver mindre bedøvelse. For det første er det aldrig godt at få meget medicin og for det andet er man længere tid om at vågne helt og kan være dårlig tilpas. Det betyder at patienterne bliver mere plejekrævende og at de skal tilbringe længere tid i afdelingen. Patienterne skal også beroliges fordi rolige patienter i det hele taget giver mindre arbejde.

Når forretningen skal afvikles så hurtigt som muligt skal patienterne også helst udskrives samme dag. Afdelingen har både aften- og nattevagt, men skal en patient overnatte betyder det at sengen er optaget næste morgen. Så kommer næste patient til at ligge på gangen og det giver selvfølgelig mere arbejde med overbelægning.

Om fredagen bliver dette krav om udskrivelse ekstra stort fordi afdelingen lukker kl. 17. Det er muligt at blive overflyttet til en anden afdeling, men det er ekstra arbejde for

personalet. Endelig er det en belastning for den anden afdeling at skulle modtage ekstra patienter. Det er ikke hemmeligt for patienterne at afdelingen lukker fredag kl.17, det står i pjecen. Men ikke alle patienter har læst denne pjece når samtalen finder sted.

Til denne skjulte dagsorden hører også den enkelte sygeplejerskes praksis. Når der er travlt i afdelingen har hun ikke så meget tid til at snakke, nogle prioriterer samtalerne højt og andre mindre højt. Nogle sygeplejersker kan være usikre overfor nogle patienter og det kan være svært at skulle tale med den sidste i rækken og sige de samme ting endnu en gang osv.

I alt giver det tre forskellige dagsordener hvor en er åben eller delvis åben og to er skjulte, den ene er nedskrevet og den anden er det ikke:

åben dagsorden	skjult nedskreven	skjult ikke nedskreven
-navn	-berolige for at	-berolige for at undgå
-pårørende	medinddrage	besværlige patienter
-allergi	patienterne og	-ikke overnatte
-medicin	skabe tryghed/	-sikre rutiner
-årsag til ind-	tillid	
læggelsen	-sikre rutiner	
-plan		
-højde, vægt		
-urinprøve		
-beroligende		
medicin		

Den enkelte sygeplejerske danner på baggrund af disse tre sin egen indre dagsorden som hun taler ud fra.

Hun møder så en patient som hun ikke kender i forvejen. Det er svært at sige hvad de enkelte patienter vil tale om, men generelt vil de fleste være interesseret i at tale om ting som bedøvelse og årsag til indlæggelsen. Her er tale om noget de færreste er fortrolige med hvorfor en normal reaktion vil være usikkerhed og måske angst.

Men derudover er det som sygeplejerske umuligt at forudse hvilke menneske hun skal ind og snakke med. Nogle patienter er villige til at følge et gængs mønster og en indlæggelsessamtale vil i store træk kunne forløbe som planlagt. Energien i samtalen bliver emnerelaterede problemer hvor begge parter respekterer hinanden og accepterer rollefordelingen. Der er således konsensus for samtalerummet.

Andre patienter derimod ser situationen anderledes og prioriterer på baggrund af det på en anden måde. Indlæggelsessamtalen kan derfor ikke foregå efter sygeplejerskens indre dagsorden. Den må justeres hele tiden og kan således komme til at forløbe på en helt anden måde end sygeplejersken havde tænkt sig. Der kan f.eks. være samtaler hvor parterne ikke respekterer rollefordelingen med det resultat at energien bliver brugt på personrelaterede problemer.

Det er på baggrund af en fælles forståelse en samtale kan lykkes. Nogle samtaler lykkes på systemets præmisser; det sker når sygeplejersken kan følge sin dagsorden og patienten kan acceptere dette. Der er konsensus om samtalerummet.

Nogle samtaler lykkes på patientens præmisser. Det sker når sygeplejersken interesserer sig for enkelthederne hos patienten. Sygeplejersken forstår at tilpasse sin egen dagsorden og ændre den i forhold til patientens forudsætninger og ønsker.

I de samtaler der ikke lykkes særlig godt er der ikke konsensus om samtalerummet. Som det fremgår af analyserne er samtale 4 et eksempel på dette. Parterne kører efter hver sin dagsorden og ingen af dem tilpasser sig modparten. Samtalen lykkes hverken på systemets, sygeplejerskens eller patientens præmisser.

Om en samtale lykkes eller ej har ikke noget med indholdet at gøre, Det jeg har skitseret har med forudsætninger, roller, forståelser at gøre og evnen til at tilpasse sig.

8. SAMTALE 1

EN UKOMPLICERET INDLÆGGELSESSAMTALE STYRET AF SYGEPLEJERSKENS INDRE DAGSORDEN.

Patienten er 33 år, uddannet som klinikassistent og arbejder som hjemmehjælper. Hun har via både sin uddannelse og sit arbejde et vist kendskab til sundhedsvæsenet, dets opbygning, rollefordelinger og sprogbrug.

Sygeplejersken er 37 år og har været på afdelingen i 2½ år, hun har således stor erfaring både i almindelighed og i sit arbejde.

Denne samtale er styret af sygeplejerskens indre dagsorden hvor hun går kronologisk frem og vælger emner i den rækkefølge patienten møder dem. Det drejer sig om bedøvelsen, selve indgrebet, resten af dagen og tiden lige efter. Kun en gang bliver hun afbrudt af patienten der har et problem hun gerne vil snakke om.

Sygeplejersken disponerer professionelt og dermed forhindrer hun at patienten afbryder og sporer samtalen væk fra sin egen dagsorden. Det giver samtalen en vis stivhed, men ved at prioriterer sådan opnår hun til gengæld at skabe tillid. Patienten virker ved samtalens slutning både rolig og tryg hvilket bl.a. kan ses af at hun kan pjatte lidt.

Samtalens skemalagte forløb er følgende (tallene henviser til linienummereringen i samtaleudskriftet):

1) Sygeplejersken indleder. (1-13)

2) Sygeplejersken informerer om bedøvelsen. (14-42)

3) Sygeplejersken sikrer at reglerne overholdes. (43-50)

4) Sygeplejersken informerer om indgrebet. (51-72)

5) Sygeplejersken informerer om forløbet resten af dagen. (73-90)

6) Patienten har et problem med mælk. (91-113)

7) Sygeplejersken informerer om psykiske problemer. (114-140)

8) Sygeplejersken informerer om kontrol hos egen læge. (141-152)

9) Sygeplejersken ønsker at vide hvornår patienten går hjem. (153-181)

10) Sygeplejersken afslutter og tjekker data. (182-204)

Indledningen - afsnit 1.

Sygeplejersken forsøger at finde ud af hvor meget der skal informeres. Hun tager fat i vejledningen og vælger i første omgang at snakke om bedøvelsen.

Denne disposition er professionel idet sygeplejersken går ud fra at patienten er lidt bange for at skulle bedøves. Hun får dermed også forklaret hvorfor patienten skal være fastende. Det er i hvert tilfælde noget hun mærker her og nu, hun er sulten og tørstig. Sygeplejersken tager udgangspunkt i patienten og hendes situation lige nu.

Bedøvelsen og reglerne - afsnit 2 og 3.

Sygeplejersken fortsætter med bedøvelsen. Det er naturligt efter denne indledning. Hun prøver at åbne samtalen for hun ved af erfaring at de fleste er lidt nervøse. Hun siger det på en sådan måde at patienten har mulighed for at sige fra hvis det ikke er rigtigt:

s: ja, godt
15) jeg kommer med nogle piller til dig nu, nogle du skal have for at du kan ligge og slappe af inden du skal derover, og det virker så du bliver træt, slap, mat og ikke så nervøs, hvis du er det

p: ja, det ved jeg ikke, jeg hat aldrig været i
20) narkose før

s: det har du ikke nej,
så du er lidt spændt på det

p: ja, jeg ved ikke om jeg er nervøs, men altså

s: du kan ikke rigtig lide det

25) p: nej

At sygeplejersken rammer rigtigt ses af svaret. I sine gensvar benytter hun de affektive, hun prøver at holde patientens følelser fast i stedet for at gå ind i en teknisk forklaring om bedøvelsen.

Hendes konfronterende svar "du kan ikke rigtig lide det" er vederhæftigt, hun bekræfter sin egen tolkning af de udsagn patienten kommer med. Samtidig fortæller hun patienten at hun godt er klar over at det hænger sådan sammen. Hun får patienten til at forstå at det er naturligt at være bange fordi det "er også noget uvant noget".

Desuden har sygeplejersken på dette tidspunkt fundet ud af at hendes indre dagsorden synes at virke godt så hun går videre, måske lidt for hurtigt. Patienten fortæller at hun har et teoretisk kendskab til bedøvelse fra tandlægehøjskolen (hun er klinikassistent). Dette får sygeplejersken til at gå lidt for hurtigt frem, for patienten siger:

32) p: ...så jeg ved godt hvad man går ind sådan nogle forskellige steder...

Det er tandlægers måde at bedøve på, at stikke lokalbedøvelse ind forskellige steder. Men det er ikke lægers måde at bedøve fuldstændig på.

Bortset fra dette, hvor sygeplejersken ikke lytter, får patienten at vide at stesoliden ikke kun er til at slappe af på, men den er første del af bedøvelsen. Hun får også at vide at det varer et døgn inden den er ude af kroppen igen, derfor er hun mat bagefter og derfor skal hun ikke være alene den første nat.

Sygeplejersken lægger tingene åbent frem og snakker om bedøvelse selv om patienten har læst om det. Hun går ud fra at selv om man har et teoretisk kendskab til tingene betyder det ikke at man har forstået at omsætte det til sig selv.

Emnet synes uctømt, sygeplejersken føler ikke det er nødvendigt at bruge mere tid på dette emne, så hun fortsætter med et nyt, "så, ja, men ellers"

Indgrebet og forløbet lige efter - afsnit 4 og 5.

Afsnit 4 er faktisk en lang forklaring på hvordan indgrebet vil forløbe. Patienten reagerer med at sige "ja" på passende steder. Her er ingen metakommunikation der betyder at patienten ikke har forstået. På den anden side heller ikke noget der betyder at patienten rigtig har opfattet informationerne.

Patienten går ind i en patientrolle hvor hun har tillid til at det der bliver gjort ved hende er rigtigt. Når hun har tillid til systemet, lægerne og sygeplejerskerne accepterer hun indgrebet og forløbet og har derfor ikke så mange spørgsmål til arbejdsgangen.

Sygeplejerskens status gør at patienten ikke stiller spørgsmål til dagsordenen.

Efter indgrebet - afsnit 7 og 8.

En anden ting sygeplejersken kommer ind på, efter en lille udflugt til et problem patienten rejste, er at der kan opstå psykiske problemer efter en abort. Uden at patienten opfordrer til det begynder sygeplejersken at tale om følelser. Hun

informerer om at patienten kan blive ked af det og have brug for nogen at tale med. Dette er igen valgt ud fra professionalismen, for sygeplejersken ved det kan komme og det er ikke sikkert patienten ved det:

s: men ellers skulle det være ret hurtig frisk igen,
115) ...ovenpå, der kan komme nogle psykiske ting, man kan blive lidt ked af det, have brug for at snakke med nogle

p: det er det der foregår nu

s: ja, så blive underlig ked af det, man ikke rigtig
120) kan forstå hvorfor...

p: men det forsvinder jo også efterhånden ikke

Sygeplejersken vender tilbage til at der kan komme psykiske reaktioner for at være sikker på at patienten har forstået hvad det er hun siger. Men patienten er helt rolig på dette punkt, hun synes de snakker nu og skulle det ske at hun blev ked af det, går det jo over igen. Patienten lægger låg på, det er måske en naturlig måde for hende at fortrænge psykiske problemer på.

Da patienten ikke giver udtryk for at ville snakke mere om det, går sygeplejersken til næste punkt, kontrol hos egen læge 10 dage efter. Her ligger heller ikke noget problem, så sygeplejersken kan komme videre efter at have fortalt patienten at hun er velkommen til at ringe til afdelingen. Det kan for mange være en stor tryghed at have et telefonnummer så de kan få kontakt med medicinsk personale hvis der skulle opstå problemer.

Udskrivelsen - afsnit 9.

Optakten til at skulle udskrives er uden begrænsninger:

153) s: ja, altså nu ved jeg ikke om du har tænkt på at du ville hjem i dag

Der lægges op til patientens aktive medvirken. Derefter fortæller sygeplejersken at hun skal være helt vågen og der skal være en voksen hjemme. Da hun selv siger at hendes mand kan komme og at hun godt ved hun skal være vågen virker det ikke som en regel der skal presses ned over hende.

Senere sige sygeplejersken "men det bestemmer du" patienten er aktivt med i beslutningerne. På den måde oplever patienten at hun også har noget at skulle have sagt. Der er tale om hendes egen beslutning og ikke en regel der skal overholdes. At det er et krav fra afdelingens side får sygeplejersken sagt på en pæn måde:

s: ...og så du ikke er alene i nat, det er også en
180) betingelse...

Afslutningen - afsnit 10.

Denne samtale munder ud i at de kan grine lidt sammen. Sygeplejersken har gennem samtalen formået at berolige patienten og fået hende til at føle sig som en person og ikke bare en sygdom. Er der mere patienten vil spørge om må hun det, men hun "synes ikke der er noget" så derfor kan samtalen afsluttes.

Sygeplejersken skal en sidste gang sikre sig at det er den rigtige patient og spørger om hendes data.

Patientens problem - afsnit 6.

Kun en eneste gang i løbet af samtalen tager patienten initiativet til at starte på et nyt emne. Hun har et problem med ømhed og mælk i brystet.

Også på dette område viser sygeplejersken sig at være fagperson. Hun forsøger først med en henvisning til andre patienter med samme problem. Da patienten så vil høre mere om det kommer der en teknisk forklaring og [illegible] ender med at lægge ansvaret over på patienten:

s: ...men det plejer altså at gå helt automatisk, men
selvfølgelig skal du være opmærksom på det

110) p: ja

s: hvis du synes der er noget der danner sig eller noget unormalt i det ikke

p: jo

Dette er egenomsorgsprincippet i praksis. Patienten kommer til fagpersonen og får en forklaring på fænomenet. Derefter er det helt op til hende selv at bedømme det videre forløb og det er hendes eget ansvar om hun vil gøre noget ved det eller ej.

Dermed har sygeplejersken taget sig af problemet og kan vende tilbage til sin egen dagsorden igen.

Fagsprog og erfaringssprog i samtalen.

Selv om denne samtale virker ukompliceret vil jeg alligevel gerne se på fagsproget for sygeplejersken veksler en del mellem de to sprog.

Afsnit 4 er som nævnt en lang forklaring på hvordan indgrebet vil forløbe. Patienten reagerer med at sige "ja" på passende steder og det kan have to forklaringer.

Enten har hun forstået hvad sygeplejersken siger og hun kan forestille sig hvad der skal ske. Så behøver hun ikke stille spørgsmål eller få nogle ting uddybet.

Eller hun forstår ikke at relatere det til sig selv. Som sagt indgår hun i en patientrolle der har tiltro til systemet; samtidig lægger hun ansvaret fra sig og har derfor ikke mange spørgsmål til arbejdsgangen. Sygeplejersken gør ikke noget for at gøre alle disse informationer vedkommende for hun bruger fagsprog:

s: ...du kommer ind på operationsstuen og kommer i
55) gynækologisk leje og bliver vasket af forneden...

58) og du får lagt en kanyle i hånden, altså en venflon, måske noget drop

61) ellers får du bedøvelsen gennem den venflon

For det første er det passiv, det er bare noget der sker af sig selv. Patienten ved godt hvad gynækologisk leje er, men det er ikke sikkert hun ved det hedder sådan.

At få lagt en kanyle er lægers og sygeplejerskers perspektiv på kanyler og hvad de kan bruges til. Normalt stikker en kanyle eller den ligger på en hylde, men den ligger ikke i hånden. Der kommer så et ekstra krydderi på ved at kanylen hedder noget, en venflon og ved at patienten måske også får noget drop.

Patienten svarer kun "ja" til denne gennemgang.

Sygeplejersken mestrer også et erfaringssprog som kommer frem ind imellem:

s: altså selve det hvor du sover fuldstændig ca 10
70) minutter, men det varer lidt længere inden du er helt vågen

Hertil svarer patienten ikke kun ja, men "ja selvfølgelig". Dette udsagn har hun helt forstået og hun synes nu mere interesseret i det sygeplejersken siger. Det samme ses i næste replikskifte:

s: og når du kommer tilbage så vil jeg tjekke dig,
altså dvs når man tager blodtryk og puls og se
75) efter at du ikke bløder fra skeden

Sygeplejersken starter i fagsproget, men går over i erfaringssprog "og se efter at du ikke bløder". Det er også den del af sygeplejerskens replik som patienten reagerer på ved at sige: "nå det må man ikke". Nu ved hun igen hvad det handler om.

Senere kommer patienten ind på at hun har et problem med mælk. Her ses hos sygeplejersken den samme vekslen mellem fagsprog og erfaringssprog. Først fagsproget:

102) s: men det er altså noget med hormonproduktionen når man får den udskrabning

107) altså mælkeproduktionen er jo ikke så stor endnu, men det plejer at gå helt automatisk

BEST COPY AVAILABLE

At mælken forsvinder hænger sammen med aborten, men sygeplejersken siger at ved udskrabningen, underforstået aborten, ændres de hormoner patienten selv danner derfor forsvinder mælken.

Der er en del patienten må have kendskab til for at kunne forstå forklaringen. Samtidig tingsliggøres patienten som en produktionsenhed der er udpræget lægers apparatfejlsmodel. Dette sker endda to gange, både i forbindelse med hormoner og dernæst med mælk.

I andre sekvenser bruger sygeplejersken et erfaringssprog:

98) s: ja, men altså dem jeg har talt med de siger at det forsvinder faktisk med det samme

Hun forsøger på den måde at inddrage sig selv og fortælle hvad hendes erfaring er. Hun siger at de piger hun har talt med om ømhed i brystet siger sådan og sådan. Hun siger hvem der har fortalt hende om problemerne. Ved at opgive kilden undgår hun at bruge sin autoritet som belæg for udsagnet hvilket lægerne er tilbøjelige til. De udtaler sig om tingene som om de er indiskutable. Hun refererer altså til andre der har prøvet det samme på deres krop.

Af patientens svar "ja?" fremgår også at det vil hun gerne høre mere om. Hun synes det er interessant at tale om fordi hun kan mærke noget på sin krop som andre åbenbart også har mærket.

Sygeplejersken bruger ind imellem fagsprog hvilket bevirker at patienten ikke er så interesseret. Hun er især tilbøjelig til at bruge det når hun informerer efter skemaet, altså taler uden at reflektere særlig meget selv over det hun siger. Når sygeplejersken drager sig selv og andre ind har det også en afsmitning på sproget. Det bliver erfaringspræget og dermed begribeligt og patienten virker mere interesseret.

Vurdering af samtale 1.

Som vist har denne sygeplejerskes indre dagsorden været pro-

fessionelt lagt og den har vist sig at være hensigtsmæssig. Den har dog den svaghed at samtalen virker lidt stiv, jeg ved ikke om der er plads til at træde ved siden af; patienten gør ingen forsøg på det.

Sygeplejersken har gennem samtalen formået at berolige patienten og fået hende til at føle at hun er en selvstændig person. Dette hænger så sammen med den faglige selvforståelse hvor egenomsorg er vigtig.

Sygeplejersken opfylder afdelingens krav med at give informationer der er relevante i forbindelse med netop denne patient og hendes indlæggelse. Hun bliver dermed også beroliget og virker helt tryg til sidst i samtalen. Endvidere får sygeplejersken givet afdelingens krav og regler videre på en sådan måde at det lige så godt kunne være patientens egne ønsker. Dermed bliver det ikke nødvendigt at presse ting ned over hovedet på hende.

Ved at tage udgangspunkt i praksis, i patientens situation, undgår hun at patienten føler sig presset til noget. Samtidig formår hun at bevare retten til at definere emnerne og hun har på den måde ordstyrerfunktionen. Hun argumenterer for sine synspunkter og konfronterer patienten med kendsgerningerne. På den baggrund virker hun professionel og administrerer det godt.

Der er kun et punkt hvor patienten gerne vil snakke om et problem. Sygeplejersken lytter og vil gerne snakke lidt om det, men ikke så meget. Patienten svarer "jo" efter den sidste replik hvor ansvaret er lagt over på hende. Det ser jeg som et udtryk for den magtfordeling, der trods pjat til sidst, faktisk er. Det er en magtfordeling patienten respekterer og de er derfor meget lige på det psykologiske plan.

Samtalens svaghed er brugen af fagsprog. Når sygeplejersken bruger erfaringssprog viser hun også sin autoritet og patienten accepterer den naturlige magtfordeling. Derfor behøver hun ikke bruge fagsprog i samtalerne. At kunne administrere sin professionalisme og samtidig anvende erfaringssprog er professionelt.

Set ud fra systemets rutiner fungerer denne samtale fint. Patienten får de informationer hun skal have, sygeplejersken får sine oplysninger og patienten er blevet beroliget.

9. SAMTALE 2.

EN INDLÆGGELSESSAMTALE STYRET AF SYGEPLEJERSKENS IKKE EKSPLICITEREDE SKJULTE DAGSORDEN.

Sygeplejersken er 29 år og har været på afdelingen i ca. ½ år, hun har derfor ikke så stor erfaring; i alt fald ikke på denne afdeling.

Patienten er 42 år og hjemmegående husmoder, hendes kendskab til hospitalsvæsenet er en tidligere indlæggelse. Det vil sige at hendes kendskab er som patient.

Samtalen foregår på en 6-sengsstue med patienter i 3 af de andre senge. Patienten sidder i sengen med hospitalstøj på, sygeplejersken kommer ind stiller sig ved siden af sengen ved sengebordet og begynder at tale. Ca. en halv time forinden har sygeplejersken fulgt patienten ind på stuen og bedt hende om at gå i seng. Ved den lejlighed har de præsenteret sig. Samtalen på båndet varer 16 minutter. Patienten har ikke set pjecerne inden denne samtale finder sted, hun får dem overrakt i løbet af samtalen.

Opbygning af samtalen efter emner.

Denne opdeling af samtalen er styret af de problemer eller emner sygeplejersken skal have belyst.

1) Sygeplejersken vil gerne vide om patienten har været indlagt før. (1-12)

2) Sygeplejersken sikrer sig at afdelingens regler overholdes.
Der skal være en voksen i hjemmet. (13-47)

3) Sygeplejersken informerer om indgrebet. (48-67)

4) Narkoseskema skal udfyldes. (68-93)

5) Hvornår kan patienten udskrives. (94-126)

6) Fortsat udfyldelse af narkoseskema. (127-144)

7) Beroligende medicin. (145-156)

8) Sygeplejersken vil vide hvad patienten fejler og de snakker om hvad der skal laves. (157-203)

9) Information om de ting patienten skal passe på efter indgrebet. (204-227)

10) Sygeplejersken samler lidt op fra samtalen og åbner en mulighed for at vende tilbage senere på dagen. (228-239)

11) Udfylder skema og sygeplejersken sikrer sig at reglerne bliver overholdt. (240-260)

De emner der bliver taget op er både relevante for sygeplejersken for de ligger alle inden for området af en indlæggelsessamtale. Nogle er relevante for patienten og andre bliver det, for det er hendes indlæggelse og hendes krop det handler om.

Samtidig dækker de sygeplejerskens behov og dermed hendes hensigt med samtalen. Hun skal have og give nogle informationer for at berolige patienten og for at sikre at afdelingens rutiner overholdes.

Kun i afsnit 4 tager patienten initiativet til at skifte emne. Hun siger at hun ikke kan tåle gul jod. Dette emne falder dog også sammen med de emner sygeplejersken skal have noget at vide om.

Der er to hovedproblemer i denne samtale. For det første taler de ud fra hver deres model af verden så der opstår perspektivkonflikter. Sygeplejersken har en indre dagsorden hun aldrig ekspliciterer. For det andet er sygeplejersken usikker og har svært ved at sige tingene lige ud og det efterlader nogle uafklarede problemer.

I indledningen af samtalen prøver sygeplejersken at finde ud af hvor meget det er nødvendigt at informere.

Samtalen starter:

3) s: har du været indlagt før?

p: ja, jeg har været...

5) s: her oppe hos os

Spørgsmålet er åbent og giver patienten mulighed for at fortælle hvad hun vil. Men sygeplejersken afbryder for at spore patienten ind på relevante ting, relevante for sygeplejerksen. Denne indledning er meget typisk for hele samtalen, sygeplejersken stiller et spørgsmål fordi hun har en indre forståelse af hvad en indlæggelsessamtale skal bruges til, nemlig at sikre afdelingens rutiner. I hendes verden handler situationen på sygehuset om de tekniske medicinske ting derfor vil hun gerne vide om patienten har været indlagt før. Men hun stiller spørgsmålet så modparten kan opfatte det som en interesse for hende som person.

Sygeplejersken er samtidig usikker og har svært ved at få sagt hvad hun egentlig gerne vil sige, så hun benytter sig af at afbryde når hun mærker at samtalen er ved at gå i en anden retning end det hun havde tænkt sig. Selv om hun er usikker har hun overfor denne patient så meget autoritet at hun kan få lov til at definere hvad de skal snakke om. Når sygeplejersken har fået de svar hun gerne vil have, går hun videre til et nyt problem.

Model af verden og perspektivproblemer.

Sygeplejersken vælger efter indledningen at tale om at afdelingen lukker, hun har pjecer i hånden og magtfordelingen er klar. Der kommer en autoritet og nu skal de snakke. Patienten er klar over dette magtforhold og accepterer det.

For sygeplejersken er det vigtigt at sikre at afdelingens rutiner kan overholdes. Samtidig er det fredag, afdelingen skal lukke og derfor må hun vide hvornår patienten kan udskrives igen.

For patienten handler samtalen på dette tidspunkt om hvad der skal ske med hende og ikke om at hun skal gå hjem igen.

s: ok, så vil jeg give dig to pjecer, en om vores afdeling, som der står lidt om, der står også lidt
15) om at vi lukker i dag øh // kl. 17 jo

p: /kl. 17/

s: det er så muligt, hvis du ikke har det godt, at du vil blive overflyttet til anden afdeling. Men det kan du se i eftermiddag hvordan du har det.

Forsigtigt får patienten sagt "kl.17" som udtryk for at her er et problem hun gerne vil snakke mere om. Endvidere er det ydtryk for en overraskelse fra hendes side, for hun havde slet ikke tænkt på at det kunne være et problem at skulle hjem igen.

Det er både vigtigt og relevant for sygeplejersken at tale om hvornår patienten kan gå hjem igen, hun vender også tilbage til det et par gange.

s: ...så kan vi så snakke om det, hvorvidt det er rimeligt eller ej du kommer hjem, så det

100) p: men det er måske også dumt man skal ligge ovre på en afdeling 3 timer hvis...

s: nej, nej, det er det ikke, de ved // at det sker hver fredag at der er nogen som kommer over og ligger et par timer eller til næste dag.

Sygeplejersken har hørt at patienten synes det vil være dumt at blive overflyttet. Hendes gensvar er kognitivt, hun går ind i overflytningsproblematikken ved at forklare hvorfor hun ikke synes det er dumt. Hun får ikke spurgt om hvorfor

patienten synes det vil være dumt. Det er med andre ord reglerne og mulighederne inden for rammerne der er vigtige og relevante for sygeplejersken.

Skulle det samme emne have en anden funktion i samtalen ville sygeplejersken ikke fremhæve at afdelingen lukker, hun kunne så sige at der står det og det i pjecen og selv om vi lukker betyder det ikke at du behøver gå hjem. Har du tænkt på hvornår du skal hjem igen osv.

Ud over at sikre reglerne har samtalen den funktion at berolige og det forsøger sygeplejersken. Bl.a. ved at henvise til en autoritet, institutionen, det krav vi stiller. Underforstået, du kan være helt rolig, du kommer alligevel ikke hjem før din mand er hjemme, reglerne sikrer dig. At sygeplejerksken alligevel er lidt usikker viser hendes styrkemarkør ligesom, det er lidt undskyldende.

s: hvis du føler dig mest tryg ved at vente til din mand kommer, så synes absolut du skal gøre
110) det...det er ligesom et krav vi stiller, når I skal hjem, at der er en voksen derhjemme...

Der er et andet vigtigt emne for sygeplejersken at tale om, at der skal være en voksen til stede i hjemmet. Første gang de snakker om det er patienten lidt usikker på hvad hun skal svare til at afdelingen lukker. Hun får bl.a. sagt at hun jo har en stor datter hjemme. Sygeplejersken bliver interesseret og spørger "en voksen datter". Men datteren er 15-16 år og det svar må sygeplejersken tygge lidt på. Patienten registrerer at hendes svar ikke er tilfredsstillende og siger så at hendes mand kommer hjem kl 8. På dette tidspunkt synes sygeplejersken at hun skal vente til hendes mand kommer hjem.

Som sagt er det et vigtigt problem for sygeplejersken og dermed overfører hun problemet til patienten. Denne har i første omgang ikke fundet det problematisk at skulle hjem igen og at der skulle være en voksen til stede. Hun siger selv at hun har en stor datter, men sygeplejersken mener nu noget andet når hun siger en pige på 15.

Deres forudsætninger er forskellige, patienten mener hendes datter er voksen nok til at være hjemme, lave mad osv. I hendes verden, i hendes miljø er det rimeligt at stille sådanne krav til en 15 årig. I sygeplejerskens verden forholder

det sig anderledes. Hun kommer måske fra et middelklassehjem hvor en 15 årig ikke har så mange pligter. Endvidere har hun i sit hoved at patienten kan blive dårlig og hun skynder sig at berolige, men alligevel er "meget at byde en pige på 15".

s: ...ikke fordi der sker noget akut vel, men fordi man er utilpas efter bedøvelsen...og det er måske også lidt meget at byde en pige på 15

115) p: ja, hun tænker ikke rigtigt, men hun talte om at hun måske skulle lave mad og sådan hvis jeg kom hjem, fordi jeg ikke rigtig var klar over hvad tid det blev gjort...så vi snakkede lidt om det

120) s: godt, men hun ved du er her

At sygeplejersken beroliger her bevirker at patienten slet ikke bliver rolig. Ud fra sygeplejerskens perspektiv er det nødvendigt at berolige for at patienterne ikke skal være bange for hvad der kan ske. Patienterne ved ikke de skal være bange, men de bliver det ved at blive beroliget.

Patientens svar viser at hun gerne vil snakke om det derhjemme, samtidig udtrykker hun en usikkerhed og måske en lille smule angst.

Det er tydeligt at patienten gerne vil vente med at komme hjem til hun har det godt, men hun får det kun sagt meget vagt, selv om hun prøver flere gange. Det har nok ikke været et problem for hende hjemmefra. Hun er taget på hospitalet i den tro at dér blev hun til hun var frisk igen. Hun har planlagt indlæggelsen, talt med datteren der nok skulle lave mad og være hjemme osv.

På hospitalet finder hun så ud af at de gerne ser hende gå hjem hurtigst muligt. Denne perspektivkonflikt kommer ikke til åbent brud, heller ikke til en forståelse. Sygeplejersken bliver ved med at sige at de kan tale om det igen om eftermiddagen. I første omgang vælger sygeplejersken at skifte emne til datteren i stedet for patienten. Dette bliver hurtigt udtømt, sygeplejersken er ikke interesseret i datteren. I anden omgang skifter hun til noget helt andet, den anden vejledning.

Der er ikke bare tale om en perspektivkonflikt, men også en indre konflikt i sygeplejersken. På den ene side skal patienten helst ud inden kl 17, på den anden side er datteren

fundet uegnet som voksen person. Hun vil faktisk helst vente med at snakke videre om det til om eftermiddagen. På det tidspunkt har hun så haft mulighed for at snakke med sine kolleger.

Det andet hovedområde der bliver talt meget om i denne samtale er medicinske data. Allergi er et eksempel hvor sygeplejersken blot skal have nogle informationer, men patienten har nogle oplevelser og vil gerne tale om det.

81) p: det var noget jeg kom i tanke om // men der (støj) slog ud over det hele og det kløede, sidst

s: ubehageligt, ja, hvornår var det?

Dette afgrænsede svar holder patienten fast i en bestemt retning. Hun kan på denne måde ikke fortælle om sine oplevelser, men bliver nød til at svare på spørgsmålet. De problemer patienten kunne have bliver ikke afdækket.

Et andet sted bruger sygeplejersken et tildækkende svar som forhindrer patienten i at snakke om det hun ser som et problem.

85) p: det var ved brystet jeg blev opereret ikke, så det kan godt være de har puttet meget på, det ved jeg ikke... // men det var derfor jeg fik helt sår af det

s: /nej men/
90) men det skal du ikke have igen, vel

Patienten lægger op til at snakke om sin reaktion på jod. Hun siger flere ting, at hun tidligere er blevet opereret, at det var ved brystet, at hun ikke ved hvorfor hun reagerer på jod og endelig at hendes reaktion var hele sår.

Havde det blot været en oplysning fra patientens side havde hun sagt, jeg kan ikke tåle jod. Men hun ved ikke hvorfor hun fik sår og vil gerne snakke med en fagmand om det. Sygeplejersken derimod ønsker ikke at gå ind i den debat, hun har fået sin oplysning og lægger så låg på dette emne med udsagnet "men det skal du ikke have igen, vel"

Patienten vil gerne snakke om sine erfaringer, det var et problem for hende den gang og hun kan måske frygte det opstår igen. Der er tale om erfarede oplevelser der ikke er bearbejdet godt, derfor er det relevant og vedkommende for patienten at tale om.

For sygeplejersken er det kun relevant at få at vide hvad patienten er allergisk overfor. Hun har sagt at hun skriver det til narkosen, men patienten kan jo ikke vide hvad det betyder. For sygeplejersken er en meddelelse til narkoseafdelingen vigtig, og det betyder at står der på et skema at patienten er allergisk overfor jod, bliver der heller ikke brugt jod. Det betyder også at lægerne er meget opmærksom på andre allergiske reaktioner, for ofte ses allergi over for flere ting samtidig og ikke kun jod.

Her er tale om en perspektivkonflikt. Sygeplejersken går ud fra allergireaktioner, narkoseafdeling mm. Hun tænker også på penicillin, hunde og katte, men siger det ikke. Patienten går ud fra jod, sår mm. Hun ved godt der er andre farver på jod og siger at hun godt kan tåle rød jod.

Det viser sig at sygeplejersken har været for hurtig, hun er ikke sikker på om hun har fået alle oplysningerne om allergi så hun vender tilbage til det.

p: nej, men jeg kan godt mindes at jeg sad op og sagde...

155) s: der er ikke andet end gul jod du ikke kan tåle

Sygeplejersken lytter slet ikke til det patienten siger. Denne afvisning kan bevirke at samtalen går i stå og det kan ødelægge det videre forløb.

På dette sted er der ikke kun tale om en perspektivkonflikt, men også en forskel i deres sprog. Den forskel der er på erfaringssprog og videns- eller fagsprog. Patienten er konkret i sine udtalelser mens sygeplejersken er abstrakt. Sygeplejersken generalliserer allergien og hvad man kan være allergisk overfor. Patienten taler om forskellige farver på jod og at hun godt kan tåle de andre farver, hun er ikke klar over at der kan være tale om en allergisk reaktion i medicinsk betydning.

Denne patient er høflig og autoritetstro. Hun fornemmer at sygeplejerken ikke er interesseret i at tale om de ting hun synes er relevante. På den baggrund har samtalen, hvad disse emner angår, det formål at sikre de medicinske tekniske funktioner.

De taler ud fra forskellige opfattelser af hvad denne samtale skal bruges til. Når patienten samtidig er så stille som hun er, bevirker det at hun holder sig tilbage og ikke kommer frem med nogle af de problemer hun gerne ville have uddybet.

Sygeplejerskens usikkerhed.

Sygeplejersken virker usikker i samtalen. Hun har svært ved at sige tingene direkte og det bevirker at de ikke får løst problemerne tilfredsstillende.

I starten af samtalen forsøger hun at tale om udskrivelse ved at sige at afdelingen lukker, men hun får det ikke sagt. Hun er i et dilemma og starter derfor med at legitimere sine udtalelser ved at henvise til en større autoritet end hende selv, nemlig pjecen.

Hendes ønske om at tale om pjecen dækker over hendes reelle ønske, at tale om at patienten skal udskrives fordi afdelingen lukker, for der står mange andre ting i den pjece som kunne være lige så godt at tage fat i. Hun prøver at glatte ud ved at sige at der står også lidt om, men det ændrer ikke noget.

15) s: der står også lidt om at vi lukker i dag øh // kl. 17 jo.

p: /kl. 17/

Hun har pjecen i hånden og markerer som sagt at det ikke er noget hun har fundet på, men at vilkårerne er sådan.

Hun har villet sige at patienten skal udskrives helst inden kl. 17, men idet patienten spagt siger "kl. 17" ændrer hun mening og virker næsten undskyldende:

17) s: det er så muligt, hvis du ikke har det godt, at du kan blive overflyttet til anden afdeling. Men det kan vi se i eftermiddag hvordan du har det

Hun får slet ikke sagt at patienten helst skal udskrives om eftermiddagen, derimod siger hun at det er muligt at blive overflyttet. Desuden lægger hun beslutningen over på patienten, at hun selv kan se hvordan hun har det senere på dagen.

Hun får også sagt en anden ting ved denne lejlighed, hun forsøger at berolige patienten, men opnår det modsatte. Hun åbner en mulighed for at patienten ikke har det godt bagefter. Det er vagt for hun siger intet om hvordan skidt. Det samme sker senere i samtalen hvor hun skal forklare hvorfor der skal være en voksen hjemme:

111) s: Ikke fordi der sker noget akut vel, men fordi man er utilpas efter bedøvelsen

Denne gang er det mere præcist at der sker noget, fordi det mildeste er at man er utilpas. Ved at bruge adverbierne ikke og vel gøres udsagnet mere vagt og dermed risikoen større. Der kan altså godt ske noget og det kan være akut, hvad så patienten vil forbinde med det. Det er fagsprog og man kan sige at den gængse opfattelse af at noget er akut er noget med "horn og lygter", altså noget der er voldsomt og som man skal skynde sig til lægen med.

Tilbage til at afdelingen lukker. Patienten vil meget gerne tilpasse sig afdelingens krav og regler. Hun er en forsigtig type og for at komme sygeplejersken i møde siger hun så at hun har en stor datter hjemme.

25) p: jeg har jo en stor datter jeg har derhjemme som...

s: en voksen datter

p: hun er 15-16

s: 15-16 år

pause

p: min mand kommer hjem kl. 8 så det, da kommer han
30) hjem så

Patienten er på dette tidspunkt godt klar over at det handler om at hun skal hjem, helst om eftermiddagen. Alligevel får hun ikke sagt direkte at hun godt kan gå hjem for hendes datter er hjemme.

Sygeplejersken ekspliciterer ikke hvad der ligger til grund for hendes spørgsmål. Hun begynder at spørge om det er en voksen datter og får det svar at hun er 15-16. Der foregår så et eller andet i sygeplejersken i den pause hun holder. Hendes overvejelser kommer aldrig frem og patienten mærker kun en tavshed hun kan tolke som reaktion på hendes svar der ikke var godt nok. Hun bliver mere usikker og siger så at hendes mand kommer hjem senere. Dette er mere tilfredsstillende, for sygeplejersken mener så hun skal vente med at tage hjem.

Sygeplejersken bruger disse pauser til at reflektere over de oplysninger patienten kommer med. Men hun holder det helt for sig selv og patienten får ingen indsigt i den person der gemmer sig bag den hvide kittel.

Et andet sted, hvor de snakker om jod og de oplevelser patienten havde sidst hun blev opereret, siger sygeplejersken heller ikke tingene lige ud. Hun kommer ikke med forklaringer og hun undgår de konflikter der ligger i patientens udtalelser. Sygeplejersken har sin indre dagsorden, der ikke eksplici-teres, og ifølge denne dagsorden er det ikke relevant at begynde at tale om alle mulige andre ting. Derfor taler de forbi hinanden; patienten siger at hun ikke kan tåle gul jod og sygeplejersken svarer:

72) s: ja, helt fint, det skriver vi her over til narkosefolkene

Patienten siger at hun slog ud over det hele og svaret er om det er sagt til lægen i modtagelsen. Patienten siger at det ikke var rart og det kløede og sygeplejersken siger:

84) s: ubehageligt, ja, hvornår var det

Patienten mener de måske har puttet for meget jod på. Sygeplejersken afslutter dette emne ved at sige at det ikke skal ske igen og

92) s: men det er så også vigtigt at du husker at sige det

Perspektivkonflikten bliver ikke løst sygeplejersken koncentrerer sig om at få informationer til lægen og patienten taler om sine oplevelser. På intet tidspunkt taler de om det samme fordi de har hver sin begrundelse for at snakke om allergien. De kommer ud af konflikten på den måde at sygeplejersken vælger at tale om noget andet.

En af årsagerne er at sygeplejersken virker usikker og ikke siger hvad hun tænker. Hun kommer med sine udtalelser fordi hun kredser om det hun synes er det egentlige, og i stedet for at sige det afbryder hun patienten med alle disse undvigende svar.

Endnu et emne der hører under de medicinske er hvad patienten fejler og hvad der skal gøres.

s: ved du hvad årsagen er til det" (at hun skal have lavet en udskrabning)

160) p: ja, at jeg har en muskelknude eller sådan noget fibrom eller hvad du nu kalder det. Men jeg er ikke klar over hvor den sidder, om det er inde i livmoderen, og hvorfor man tager livmoderen.

s: skal du have fjernet livmoderen?

165) p: ja, senere

s: senere og det er bestemt

p: ja...ja

s: godt...så undersøger man...

Sygeplejersken lægger op til at snakke om patientens sygdom. På patientens svar at livmoderen skal fjernes bruger sygeplejersken de kognitive gensvar, hun går ikke ind på hvorfor

eller usikkerheden omkring det. Efter at have konstateret at den skal fjernes skynder sygeplejersken sig videre med en teknisk snak. Denne snak er klart inspireret af lægernes forklaringer, først laver man en udskrabning, undersøger, så fjerner man livmoderen osv. Det er langt det nemmeste at gå ind i en teknisk forklaring, det er meget sværere at gå ind på følelser, angst og konsekvenser.

Som fagperson bliver sygeplejersken straks på vagt, for her kan meget vel være tale om en kræftdiagnose. Hun starter med at spørge om patienten selv ved hvorfor den skal fjernes. Hun burde stoppe op og interessere sig for mennesket der har denne sygdom. I stedet taler hun om celler, om forstørret livmoder om knuder og ondartethed. Da hun ikke kan klare sig længere henviser hun til næste autoritet, lægen. Flere gange signalerer patienten en usikkerhed som sygeplejersken aldrig griber:

161) p: ...men jeg er ikke klar over hvor den sidder, om det er inde i livmoderen og hvorfor man tager livmoderen

s: skal du have fjernet livmoderen

173) p: nå, men det var det, at sådan noget kan sidde både udvendigt eller inde i livmoderen ikke, det ved jeg
175) ikke noget om

s: nej altså som // tit selve livmoderen der er det større ikke

181) p: men det er fordi man troede man bare kunne fjerne det der var knuden eller hvad man nu kalder det

186) s: ...ja, nej, det // nej det gør man som regel ikke, men ellers synes jeg du skulle prøve at snakke med en læge om det...

193) p: /nej det ved jeg egentlig heller ikke selv/

s: men meget tit så er det jo sådan at selve
195) livmoderen altså den muskel som livmoderen er, som er vokset ikke også, som giver sådan en knude...uden at det i øvrigt er øh ondartet...at det...

Selv om sygeplejersken får sagt ordet ondartet til sidst er det slet ikke sikkert patienten forbinder noget med det. Havde hun sagt kræft var det lige ud af posen, men ondartet er et valent og ikke almindeligt brugt ord.

På alle udtalelserne fra patienten kommer sygeplejersken med mere eller mindre tekniske forklaringer og får aldrig sagt hvad hun selv mener eller spurgt til patientens reaktion. Hun ender med at begynde på noget nyt, at patienten skal hos egen læge 10 dage efter.

Patienten er lige så forsigtig her som da hun sagde "kl. 17". Hun gentager udtalelsen "10 dage efter". Heller ikke denne gang griber sygeplejersken efter patientens følelser eller hendes problem, men kommer med en lang forklaring på forretningsgangen og fortsætter med de ting patienten ikke må efter udskrabningen.

Sygeplejersken taler på systemets vegne. Hver gang der kunne være mulighed for at hun kunne træde lidt frem bruger hun autoriteter som skjold for at beskytte sig selv. Hun henviser til pjecen i starten hvor hun skal legitimere sin udtalelse om at afdelingen lukker. Hun bruger afdelingen for at overlade ansvaret til andre når hun skal tale om krav til patienten. Og hun henviser til lægen i det øjeblik hun ikke mere magter at snakke sygdom. På den måde skjuler hun helt sin personlighed og undgår at gå ind i samtalen som andet end systemets repræsentant.

Afslutningen på samtalen er ikke anderledes. Patienten signalerer at hun egentlig er utryg ved situationen:

255) p: ja, så vil jeg godt have det overstået

Sygeplejersken svarer på selve udsagnet uden at reagere på det der ligger bag. Hun siger at hun ikke håber der vil gå for lang tid.

Vurdering af samtale 2.

Denne sygeplejerske har svært ved at konfrontere patienten med de tolkninger hun får af udsagnene. Hun har ligeledes svært ved at sige hvad hun selv synes det handler om. Hun er bundet af traditioner i den tekniske, medicinske verden og er derfor meget usikker ved at skulle snakke om følelser og personlige erfaringer.

Denne samtale er meget teknisk orienteret og præget af et fagsprog der øger distancen til patienten. Det er uden tvivl sygeplejerskens usikkerhed der gør sig gældendende. Desuden henviser hun til andre og større autoriteter end hende selv når hun er lidt på gyngende grund.

Disse ting bevirker at der opstår tvivl om vederhæftigheden. Sygeplejersken virker ikke særlig troværdig når hun er præget af usikkerhed.

Selv om emnerne er relevante for begge parter viser funktionen af samtalen at det kun er sygeplejersken der til dels får dækket sit behov. En af årsagerne kan være at de har forskellige forudsætningsniveauer at tale ud fra. Sygeplejersken får de informationer der er nødvendige for arbejdsgangen og hun giver de informationer der skal sikre at afdelingens regler overholdes.

Emnerme bliver også vigtige for patienten da det går op for hende at hendes egne dispositioner og forudsætninger ikke passer ind i afdelingens regi. Så bliver hun usikker og har brug for støtte, som hun ikke helt får fordi sygeplejersken er for optaget af sine og afdelingens behov.

I øvrigt er det underligt at denne patient får åbnet en mulighed for at overnatte når en anden patient ikke kunne få lov. Samtalerne foregik samme dag. Måske har det noget med sympati at gøre, jeg ved det ikke.

Jeg synes det er symptomatisk for samtalen at sygeplejersken kun viser lidt interesse for patienten som person. Hun skjuler helt sig selv ved at bruge autoriteter som skjold, som om hun er bange for at vise at hun også er en person med et eget indre liv. At hun reflekterer over patientens udsagn viser hun ved at bruge pauser, men selve reflektionerne er

også skjulte. På den måde kan hun køre samtalen efter sin egen dagsorden uden at den på noget tidspunkt bliver tilgængelig for patienten.

Hun kører med på den lægevidenskabelige naturfaglige forståelse der ser patienter som en sygdom og ikke som et menneske der i øjeblikket har et problem. Det er med andre ord lægerne og systemet der sniger sig ind og overtager styringen. På den måde er hun i konflikt med de erklærede mål afdelingen har for sygeplejen.

Patienten mærker magtforholdet og prøver ikke at ændre ved det. Tværtimod er det hendes accept af forholdet der gør at samtalen ikke er mislykket. Hun tilpasser sig situationen og vil gerne være en "god" patient. Hun indgår i den rolle systemet lægger op til. Dermed skjuler hun efterhånden sine egne problemer for hun opdager at der ikke er plads til individualitet i samtalen.

Selv om sygeplejersken er usikker får hun i denne samtale lov til at bruge institutionen og de regler og konventioner der gælder. På den måde er det systemet der hjælper hende og er med til at bestemme hvornår hun kan skifte emne og dermed definere samtalen.

Denne samtale fungerer efter den hensigt en institutionaliseret samtale har. Patienten tillader sygeplejersken at repræsentere systemet og holde sig selv uden for. De accepterer begge et asymmetrisk forhold. I slutningen af samtalen accepterer patienten også et mere upersonligt forhold hvor hun snakker mere som patient end som person med eksistentielle problemer.

10. SAMTALE 3

EN INDLÆGGELSESSAMTALE PRÆGET AF BEGGE PARTERS ØNSKER OM AT DEFINERE DAGSORDEN OG MAGTFORHOLD

Denne sygeplejerske er 31 år og har arbejdet på afdelingen i 2 år. Hun har således en vis erfaring med indlæggelsessamtaler.

Patienten er 46 år, er lærer og læser fransk på købmandsskolen. Hun har ikke på forhånd kendskab til systemet. Hun er blevet modtaget i afdelingen et stykke tid inden samtalen begynder. Hun er blevet bedt om at gå i seng med hospitalstøj på og hun har fået udleveret to pjecer, en om selve afdelingen og en om at få lavet en udskrabning.

Selve samtalen varer 13 minutter og foregår som alle de andre på en 6-sengsstue. Der er patienter i alle sengene og denne patient sidder op i sengen mens sygeplejersken sidder på sengekanten.

Samtalen er præget af parternes indbyrdes forhold, de ønsker begge at markere sig i forhold til modparten. Derfor bliver denne samtale inddelt efter deres relationer og ikke efter de emner der ligger i en dagsorden. Resultatet af samtalen er det professionelle møde hvor patienten møder en sygeplejerske der interesserer sig for enkelthederne og hjælper med at løse problemerne.

Opdeling af samtalen efter relationer.

1) Patienten og sygeplejersken kæmper om retten til at definere samtalen. (1-46)

2) Sygeplejersken markerer sig. (47-102)

3) Patienten afprøver en patient-rolle. (103-152)

4) Spillet. (153-207)

5) Patienten indgår i en anden patient-rolle. (208-248)

Patienten og sygeplejersken kæmper om retten til at definere samtalen.

For at sige det populært er de ikke på bølgelængde i starten af samtalen. Hvor magtforholdet i de to første samtaler synes givet, kæmper de her om magten.

Patienten og sygeplejersken har begge en mellemuddannelse, patienten er ældre end sygeplejersken, men på den anden side er denne på hjemmebane. De er med andre ord meget lige hvad samfundets sociale deling angår. Derved er de anderledes end de to andre samtaler.

Patienten stiller spørgsmålstegn ved denne samtale for hun siger at hun har spurgt i modtagelsen, derfor har hun ikke noget at snakke med en sygeplejerske om nu. Sygeplejersken må forsvare sin tilstedeværelse; hun skal jo have nogle oplysninger til systemet og har derfor en indre dagsorden der ikke tillader at hun bare går igen. Derfor må hun få patienten til at forstå at nogle oplysninger også skal gives til hende.

p: altså jeg har spurgt foreløbig nede hos den der
5) læge som tog imod ikke, og lavede forundersøgelsen om et par ting og fået at vide at jeg først kan spørge den læge jeg møder i eftermiddag.

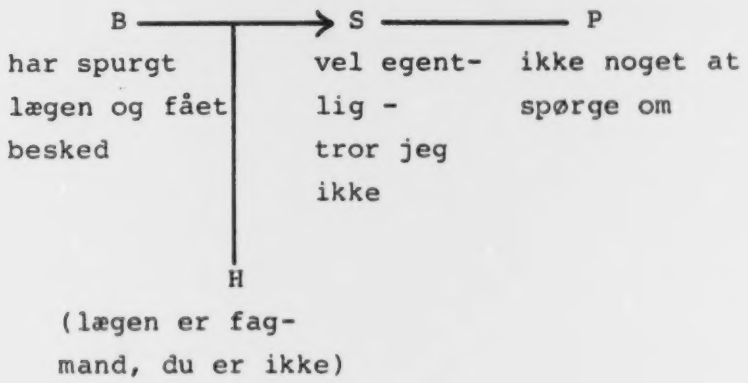
s: aha

p: så derfor har jeg vel egentlig ikke nogle spørgsmål
10) tilbage nu // tror jeg ikke.

Hvis vi ser nøjere på hvordan patienten argumenterer*, ses magtkampen tydeligere.

---

*Se Charlotte Jørgensen og Merete Onsberg "Praktisk argumentation" Toulmins model s.24



Den implicitte antagelse der ligger til grund for påstanden er her at patienten ikke kan acceptere en sygeplejerske som samtalepartner i denne situation. De spørgsmål hun har er af medicinsk art og kun en læge kan tage stilling til dem. For at sygeplejersken skal kunne godtage påstanden, at hun ikke har noget at spørge om, skal begge parter dele det generelle synspunkt i hjemmel. Uden videre vil sygeplejersken godtage at hun ikke er læge, men vil ikke acceptere at det kun er læger der kan tale med patienten. De deler ikke det synspunkt patienten har og derfor kan sygeplejersken heller ikke acceptere påstanden.

Det kunne også være at patienten ikke kender systemets kommunikationsveje og derfor tror at når hun har sagt hvad det drejer sig om, så ved alle det. Det bliver jo skrevet i journalen.

At patienten ikke er helt sikker på sit eget synspunkt viser hun ved at benytte en styrkemarkør, endda to gange. Hun gør det for at svække sin grundlæggende antagelse. Sygeplejersken mærker det og får lettere ved ikke at acceptere argumentet. Hun siger direkte at hun må vide hvad det handler om.

Påstanden i argumentet er jo at patienten siger hun ikke har noget at spørge om. Dette forsøger hun at få sygeplejersken til at acceptere ved hjælp af de oplysninger hun kommer med i belægget, nemlig at hun har spurgt og fået besked.

Ved at tolke hjemmel synes argumentet at skulle få sygeplejersken til at forstå at hun skal vurderes før hun kan accepteres som samtalepartner. Eller patienten ønsker at for-

tælle sygeplejersken at hun ikke skal tro hun er noget særligt, eller patienten stoler ikke på sygeplejersker (se s.31), men det kommer vel ud på et.

At patienten gerne vil føle at hun har magten ses af flere små ting hun siger. "Og det er et vigtigt spørgsmål at få besvaret" (27). Man kan forestille sig læreren, som hun jo er, stå ved tavlen, hæve pegefingeren og sige den sætning.

At hun ikke bliver venligere stemt efter sygeplejersken har fortalt hvad hun vil gøre for at hjælpe, ses ved at hun ikke siger 'ja' eller 'ja tak'. Hun siger "netop". For så at bløde lidt op siger sygeplejersken at hun går ud fra at patienten har talt med lægen om problemerne. Det slipper hun ikke så godt fra for hun bruger han om lægen, det var en hun og patienten retter hende.

Inden sygeplejersken bliver mere konfronterende i sine udtalelser støder de sammen endnu en gang:

40) s: ...men kommer du så ind med blødningsforstyrrelser nu eller...

p: ja, det gør jeg

s: ja, godt

p: det er ikke godt

45) s: nej det er ikke godt nej, for dig i hvert tilfælde

Patienten prøver hele tiden at holde fast i andre ting end de indholdsmæssige. For hende handler kommunikationen om forholdet og kontakten, men hun siger det ikke. Problemet er forholdet mellem dem, men ingen af dem gør dette problem til genstand for samtalen, derfor blokerer de og går i stå.

Sygeplejersken forsøger at markere at hun via sin stilling og situationen har lov til at spørge om de ting hun har brug for. Venligt prøver hun at få patienten til at acceptere dette forhold hvor hun ikke nødvendigvis skal være over psykologisk, men lige.

Patienten er gået ind i en patientrolle som ses hos de "besværlige" patienter. Ved sine udtalelser forsøger hun at være over sygeplejersken psykologisk. Hun retter hele tiden

sygeplejerskens udtalelser for at få hende til at forstå at hun ikke skal have nogen magt bare fordi hun kommer dér med sin hvide kittel osv.

Mange patienter er "besværlige" fordi de er usikre og ikke magter at vise deres usikkerhed, men i steder projicerer den over i aggression. Andre er "besværlige" fordi de er så kendte med hospitalet og rutinerne at de er blevet professionelle patienter.

Sygeplejersken markerer sig.

Sygeplejersken begynder forfra og starter på at skrive i dagbogen. Hun indleder den mere tekniske del af samtalen hvor hun skal informere om det der skal foregå. Hun fortæller om planen og arbejdsgangen og hun fortæller om selve indgrebet. På dette sted virker det som om hun ikke holder sig tilbage. Hun går i detaljer og lægger ikke skjul på noget: det bliver taget en prøve, det kan bløde, detr bliver lagt gazestykker og der kan gå længere tid hvis patienten bløder.

Selv om sygeplejersken ikke er læge forstår hun at få patienten til at holde op med de aggressive udsagn og får hende til at lytte.

Patienten signalerer her at hun er usikker og bange for hvad hun fejler. Er det hormonforstyrrelser eller har hun kræft, men hun tør ikke sige det direkte, "om der var eller" (69) siger hun.

I første omgang griber sygeplejerken fat i spørgsmålet om hvornår patienten får svar på undersøgelserne, på "hvad det har vist" (73). Det er lidt på rygmarven at sygeplejersken svarer, for det hører med til standarden at patienterne kan få svar hos egen lægen 10 dage efter.

Men usikkerheden er der stadig hos patienten for hun siger "om der er andet ikke, andre årsager, end skal vi sige..." (75). Hun kredser om hvad hun kan fejle, men siger det stadig ikke. Sygeplejersken er nu blevet mere opmærksom på deres relationer og på det patienten siger. Det ser ud som om hun er klar over hvilke mekanismer der er i gang. Hun tager så tyren ved hornene og konfronterer patienten med det hun ikke selv tør sige: "man undersøger om der er kræft" (77).

Patienten har forstået, både indholdet og deres indbyrdes forhold, men hun magter ikke drage sig selv ind i problematikken, nu den har fået navn. Nu er det hende der fortsætter i tekniske vendinger og dermed fjerner hun sig fra det farlige og distancerer sig fra sine egne følelser.

Der sker helt det samme med det næste emne de tager op:

90) p: der står, jeg er ikke nået igennem, men der står noget med at man ikke må have smykker eller noget som helst, dvs ur og alt bliver lagt i taksen.

s: ja altså det vil vi helst

p: og den lader jeg så ligge her

95) s: ja, ellers vil jeg tage den ind på kontoret, for vi har haft tyveri her, så det er lidt på eget ansvar...

p: nå, men jeg vil da meget gerne hvis du vil tage

Patienten har læst lidt i pjecen og er stødt på at hun ikke må have smykker på. Det er for så vidt i orden, men de skal lægges i tasken og "den lader jeg så ligge her". Hun siger det ikke direkte, men hun mener, 'skal mine smykker virkelig ligge her, ubeskyttet'. Sygeplejersken siger derimod hvad patienten tænker, "vi har haft tyveri". Så er patienten færdig med at snakke om sine smykker, hun takker fordi de kan blive opbevaret på kontoret.

Relationer mellem dem er ændret og dermed er samtalen også ændret. Sygeplejersken har markeret sig som en myndig person efter den indledende kamp. Hun har vist i disse to episoder at hun magter den opgave at snakke med netop denne patient og patienten har accepteret hende som fagperson og som samtalepartner.

Patienten afprøver en patient-rolle.

Patienten har fundet ud af sygeplejersken godt kan bruges og hun virker meget mere afslappet. De aggressive toner er helt væk og i stedet virker hun lidt underdanig i dette afsnit:

105) p: er jeg på vej ned eller

123) p: jeg vil hellere vente... hvis det ikke

Hun giver udtryk for at hun vil gøre hvad sygeplejersken forlanger af hende. På et svar på hvornår hun vil blive kørt på operationsgangen siger sygeplejersken at hun har fået 8 patienter og de skal alle sammen ned i dag. Patienten siger: "det var mange" men accepterer helt at hun også er patient og må vente til det bliver hendes tur.

Patienten svarer pænt på alle de spørgsmål der bliver stillet, men vil gerne opfattes som en person der skal hjælpes. Hun indgår i den traditionelle patientrolle med en der skal hjælpes og en der hjælper. Hun vil gerne have hjælp til at finde ud af om hun skal fortsætte med den samme medicin efter indlæggelsen og hun vil gerne have hjælpt til at kontakte sin mand.

Patienten lægger op til et typisk komplementært over/under forhold både på det sociale og det psykologiske plan. Det fungerer kun når begge parter går ind i rollerne.

Patienten forsøger et par gange at få sygeplejersken til at tage sig af kontakten til hendes mand:

139) p: er det sådan at I ringer til min mand...

153) p: nå, men ellers kan du bare fortælle...

Sygeplejersken derimod vil ikke gå ind i denne hjælperolle, hun stiller nogle krav til patienten:

142) s: ja, det kan du også selv gøre

151) s: ...jeg kan sige han har ringet, så kan du selv ringe tilbage

Denne sygeplejerske kan altså ikke acceptere et asymmetrisk forhold. Hun kunne heller ikke acceptere ikke at kunne bruges som samtalepartner, altså et andet asymmetrisk forhold. Patienten bryder sig ikke om at der stilles sådanne krav til hende, så den patientrolle hun var ved at gå ind i kan ikke realiseres i samspil med en sygeplejerske der stiller krav.

"Spillet".

Patienten opgiver rollen som passiv patient, hun kan ikke få lov til at være passiv og i øvrigt er ikke hendes natur at være det. Derimod passer det bedre til hende at være den der sætter rammerne for hvor meget og hvordan hun skal hjælpes. Hun kunne ikke få lov til at bestemme om de skulle snakke sammen eller ej, men måske kan hun så bestemme hvad sygeplejersken skal gøre for hende.

Sygeplejersken siger at de (personalet) skal være opmærksome på hvad der står i journalen. Og patienten siger så:

p: 160) ja, der er i øvrigt en anden ting, når jeg bliver lagt, jeg har en nakkehvirvel som ikke har det så godt ... så risikerer jeg at få drønende hovedpine // det har jeg meget tit, det er en vigtig ting

191) p: jeg har gjort opmærksom på til lægen at jeg tidligere har haft leverbetændelse, og det er måske vigtigt i forbindelse med narkosen, i hvert fald at I husker det

Hun ønsker at sygeplejersken skal høre på hende for hun har mange spændende ting at fortælle. De drejer sig om hende selv og om hvor meget hun egentlig lider og må igennem.

Transaktionsanalysen beskæftiger sig med sådanne spil, der går ud på at opnå intimitet. Dette spil har et navn "er det ikke skrækkeligt" og det dækker over de spil der går ud på at patienten udbreder sig om hvor forfærdeligt det hele er. Alt imens nyder hun til fulde den tilfredsstillelse hun får fra sine dårligdomme. Hun får nogle sociale gevinster ved at sygeplejersken må pleje hende ekstra og hun får nogle psykologiske fordele ved at opnå intimitet gennem det at snakke om sin sygdom.

I samtalen vil sygeplejersken i første omgang gerne høre om disse ting. Emnerne er også valgte så de kan have interesse for hende. Når hun har fået de oplysninger der er nødvendige afbryder hun patienten i en videre fortællen om emnet. Det har ikke interesse mere. Dermed opnår hun at patienten ikke helt får den gevinst hun gerne vil have. Efter en pause begynder patienten så på et nyt emne, men heller

ikke det er hun interesseret i længere end hun har fået sine egne oplysninger. Hvad enten det er tilsigtet eller ej opnår sygeplejersken at patienten må opgive at spille dette spil.

En anden ting i forbindelse med dette afsnit er at der findes en perspektivkonflikt. Patienten snakker om sin nakkehvirvel og tror at sygeplejersken er meget interesseret for hun spørger om det er muligt at ligge på siden. Patienten snakker videre om hvordan hun ligger hjemme, men det vil sygeplejersken ikke høre om.

Sygeplejersken derimod må have at vide om patienten kan ligge på siden for alle der har været bedøvet bliver lagt på siden (hvis de skulle kaste op). Det er altså ud fra en helt anden baggrund at sygeplejersken spørger end den patienten svarer ud fra.

Afslutningen.

Nu virker det som om de har accepteret hinanden og kan snakke sammen uden at skulle kæmpe på nogen måde. Ind imellem griner de lidt og det tyder på en afslappet stemning.

Patienten vil gerne snakke med sygeplejersken og nu respekterer hun hende. Hun skal have 15 mg stesolid, men patienten synes det er lige lovlig meget. Sygeplejersken bedømmer at det godt kan være der skal gives mindre medicin. Hun vil snakke med en læge altså ikke bare sige at det er standard og derfor skal patienten også have det. Sygeplejersken har markeret sig over for patienten og nu kan hun være imødekommende. Hun kan godt gå med til at spørge en læge hvad hun ikke kunne i starten af samtalen.

Sygeplejersken respekterer på denne måde også patienten og der er efterhånden opstået et meget ligeværdigt forhold mellem dem. Samtidig respekterer patienten den sociale forskel der er mellem dem, sygeplejersken er fagmand her.

Vurdering af samtale 3.

Denne sygeplejerske er professionel. Hun formår at få patienten til at snakke selv om denne ikke synes det er nødvendigt at snakke med en sygeplejerske.

At denne afvisning og dermed aggression har bund i en usikkerhed og angst hos patienten ses i det afsnit hvor de snakker om hvad hun skal undersøges for, om der er tale om kræft.

Efter patienten har fundet ud af at hun godt kan snakke med sygeplejersken forsøger hun at hævde sig psykologisk, hun vil opnå intimitet ved at få gevinst og hun ønsker indflydelse på sin indlæggelse.

Hun opnår at få indflydelse på indlæggelsen ved at sygeplejersken tager hensyn til hendes problemer. Det sker på en sådan måde at sygeplejersken går ind i problemerne uden at give patienten gevinst og parterne ender med at snakke sammen på en fornuftig måde. De respekterer hinanden og deres forskellige status i situationen.

På denne måde har sygeplejersken formået at informere, at få nogle oplysninger og ikke mindst at berolige patienten. Dermed har samtalen den funktion en indlæggelsessamtale nu en gang har. Desuden går hun lidt videre for hun formår også at gå ind i de problemer patienten har i forbindelse med denne indlæggelse. Hun får nemlig stillet nogle krav og får ændret patientens opfattelse af sygepleje. Sygepleje er nemlig ikke at gå ind i en omsorgsrolle hvor patienten er mere eller mindre passiv. Sygepleje er heller ikke at blive kommanderet til diverse ting. Derimod er det at mødes med patienten som et menneske der i øjeblikket har et problem som de i fællesskab skal prøve at løse. Der er her tale om det professionelle møde, som jeg forstår det. I det møde, der er et fællesskab indgår bl.a. at begge parter accepterer et socialt over/under forhold og samtidig et nogenlunde lige psykologisk forhold. Sygeplejersken interesserer sig for enkelthederne hos det menneske hun møder. Samtidig er hun vant til at løse problemer og hun tager hensyn til både sin egen faglighed, egenomsorg og problemløsende sygepleje, til systemet og til patienten.

Patienten startede så aggressivt og ender med at takke.

11. SAMTALE 4

EN INDLÆGGELSESSAMTALE EFTER TO FORSKELLIGE DAGSORDENER ELLER "PROBLEMKATALOGET"

Sygeplejersken er 29 år og har været på afdelingen i ca. ½ år. Det er den samme sygeplejerske som taler i samtale 2, den samtale der er styret af hendes indre dagsorden.

Patienten er 33 år, uddannet sygehjælper og har arbejdet på hospital indtil for 1 år siden. Er holdt op pga barsel og sygdom. Hun har et kendskab til sundhedsvæsenet, selve hospitalet og hun har endvidere været indlagt før.

Samtalen foregår på en 6-sengsstue med patienter i 3 af de andre senge. Patienten sidder i sengen med hospitalstøj på og dynen om sig. Sygeplejersken sidder på sengekanten mens samtalen finder sted.

Patienten har fået pjecerne, men har ikke fået læst dem. Samtalen på båndet varer 13 minutter. Hun har flere gange prøvet at fortælle sin historie, både til mig og til sygeplejersken uden at vente til vi fik sat båndoptageren til, derfor kommer vi lidt brat ind i samtalen.

I starten af samtalen kommer hun frem med alle sine problemer, og der er mange. Hun er opsat på at få løst nogle af dem og hun har derfor svært ved at høre hvad sygeplejersken har at sige. Sygeplejersken virker noget usikker og hun har sin egen indre dagsorden, som hun ikke er meget for at fravige. Derfor bliver hele samtalen præget af at parterne kæmper om dagsordenen.

Opbygning af samtalen efter perpsektiv.

1) Patienten taler om sine problemer i forbindelse med sin graviditet, børn og prævention. (1-67)

2) Sygeplejersken taler om afdelingens rutiner. (68-84)

3) Patienten taler om at blive natten over. (85-116)

4) Sygeplejersken informerer om planen for indgrebet, skal have oplysninger til lægen og sikre sig at afdelingens rutiner bliver overholdt. Patienten forsøger at tale om sine problemer. (117-212)

5) Patienten giver udtryk for at hun ønsker at blive natten over. Sygeplejersken prøver at afslutte samtalen.(213-241)

Der er er to hovedproblemer parterne taler om i denne samtale. Det er patienten der har nogle problemer hun tror sygeplejersken vil hjælpe hende med, fordi det er store problemer for hende og det handler om hendes abort og indlæggelse. Det drejer sig dels om eksistentielle ting og dels om nogle konkrete problemer i forbindelse med hendes situation.

Det andet hovedproblem er sygeplejerskens forsøg på at give og få informationer der er nødvendige for hende og for afdelingen.

I denne samtale er det en anmassende og meget talende patient på den ene side og en noget usikker sygeplejerske på den anden side. Derfor opstår den situation at samtalen forløber i to spor hvor hver part har sin indre dagsorden. De prøver at få modparten med på deres egen, men ingen af dem synes villige til at ændre den dagsorden de nu en gang har.

Sygeplejerskens indre dagsorden er styret af den hensigt hun har for en indlæggelsessamtale, at informere for at sikre rutiner og for at berolige. Patientens dagsorden er at få sygeplejersken til at forstå hendes situation og helt konkret at blive natten over.

Perspektiver og konflikter.

Patienten starter med at fortælle om sine problemer både til mig og til sygeplejersken inden vi har fået sat båndoptageren til. Hun har ingen hæmninger når hun skal fortælle om sig selv og sine problemer og hun taler meget.

Allerede i sin første replik får hun sagt en masse og både små og store problemer kommer frem. Dennne replik giver et indtryk af hvad der er problematisk for hende og dermed hvordan hendes perspektiv i denne situation er. Hun er konkret i sin tankegang og hun blander problemerne sammen i en pærevælling:

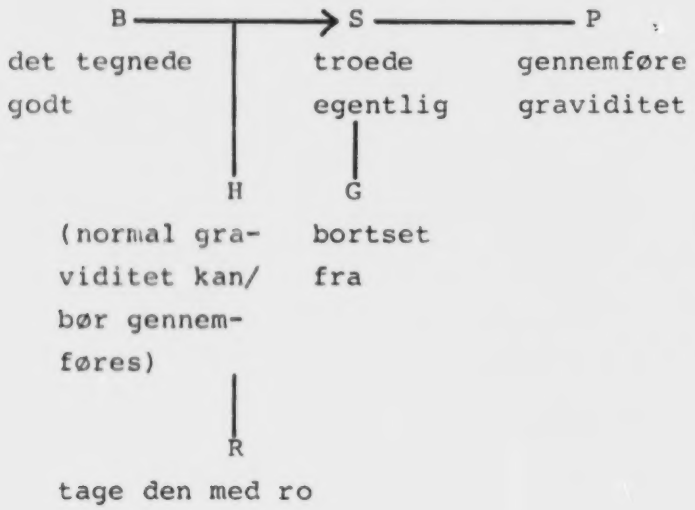
p: ...denne gang troede jeg egentlig jeg kunne have gennemført denne graviditet fordi det tegnede meget godt i starten, bortset fra jeg havde nogle blødninger, var i ambulatoriet, blev scannet, så sagde hun jeg skulle tage det med ro, derovre. Nu har jeg så været sygemeldt en lægnere periode og det huer mig ikke rigtigt, på den måde at jeg har været sygemeldt et helt år tidligere fra mit arbejde så, også pga kvalme og graviditetsgener i det hele taget så nu, jeg måtte disværre bide i det sure æble her og tage en provokeret abort igen // og det har jeg haft en gang tidligere, men jeg har jo også været gravid med diverse spiraler og altså det er altså lidt kompliceret åbenbart.

Det er mange informationer på en gang. Hun fortæller at
1) det ikke er første gang hun er gravid og heller ikke første gang hun skal have abort.
2) hun har nogle etiske/moralske problemer i forbindelse med at få abort.
3) Endvidere at graviditeten tegnede godt i starten så hun troede hun kunne gennemføre den.
4) hun har problemer med at finde ud af prævention for hun er blevet gravid med spiral.
5) hun tidligere har været sygemeldt i et helt år pga graviditet med kvalme.
6) hun i denne omgang har været sygemeldt i længere tid.
7) hun i denne omgang havde andre problemer end kvalme, der var blødninger i starten.
8) hun har været til nogle undersøgelser for sine blødninger.

Alle disse mange informationer indeholder nogle konkrete oplevelser som andre aborter, blødning i starten af denne graviditet og undersøgelser. Hun siger også at der er nogle sociale problemer for hun har været sygemeldt længe og endelig signalerer hun nogle store problemer i forbindelse med at vælge abort.

Det er som om hun siger hun er helt uskyldig, og det vil hun gerne have sygeplejersken til at forstå og dermed bære over med hende fordi hun nu kommer og skal have abort.

Ved at se på patientens argumentation ses hendes problemer ved at skulle tage stilling til abort tydeligere. Indsættes elementerne i Toulmins model fås en hjemmel der ikke udtrykkes eksplicit:



I dette eksempel er det interessante netop den implicitte regel der ligger til grund for påstanden. Her kan vi få et bud på hvorfor hun ønsker en abort.

Hjemmel indeholder hendes egne eller måske omverdenes mening om at man normalt skal gennemføre en graviditet. Det er en almindelig opfattelse af en graviditet som hun går ud fra sygeplejersken deler. Derfor siger hun at det gik godt i starten, og at hun troede at hun kunne gennemføre det. Belægget, at det tegnede godt i starten er de informationer der

siger noget om de meninger hjemmel handler om. Det er altså de meninger eller holdninger der skal gøre det muligt for modtageren at acceptere påstanden.

Påstanden er at patienten siger at hun gerne ville gennemføre graviditeten, om det så er hendes egen indstilling eller omverdenens pres er ikke til at se. Imidlertid skete der så nogle ting der fik hende til at ændre den beslutning.

Argumentet skal ses som en undskyldning for at hun nu ønsker en abort og hun appellerer til de emotionelle sider hos sygeplejersken.

I et andet eksempel, i patientens næste store replik, ses den samme argumentation for at få sygeplejersken til at forstå at hun selv er uden skyld i at hendes situation er så kaotisk. Hun undskylder sin beslutning om abort ved at appellere:

p: ...men jeg troede det kunne have gået det her og det er derfor det egentlig er gået så langt som til
25) nu, for ellers havde jeg gjort det med det samme, hvis jeg havde, hvis det havde tegnet så dårligt som det har gjort her på det sidste, ikke, hvor jeg bare har ligget i sengen...

Sættes elementerne i modellen ser det sådan ud:

Ved at tolke hjemmel som "når det går dårligt bør/må man afbryde graviditeten" ses samme appel i dette motivationsargument som i det første. Patienten ønsker faktisk ikke at få den abort, men bliver nød til det fordi det hele går dårligt. Årsagen kan være at hun mener at man bør afbryde noget der giver så mange problemer for familien. Manden der "jo ikke kan gå hjemme" ved hende, hensynet til børnene der bliver forsømte når hun bare ligger og al den medicin hun må tage. I sådanne tilfælde må man godt afbryde en graviditet, så bliver det acceptabelt for hende selv og hendes omdømme.

I belægget siger patienten at hun troede det gik og det er med til at legitimere hendes handling for først at komme til hospitalet i 12. time. Hun appellerer til sygeplejersken, som hun måske opfatter som en kollega, om at forstå hvorfor hun først kommer nu.

I begge tilfælde handler argumenterne om tvivl vedrørende følelser og normer. Patienten er selv i tvivl om det rigtige i at vælge abort og jeg tror konflikten bunder i det uforenelige mellem hendes egne følelser og de normer hun møder, eller hun tror hun møder.

Sygeplejerskens verden og hendes hensigt med samtalen er anderledes. Hun har sine mål for en indlæggelsessamtale og koncentrerer sig mere om de tekniske problemer. Hun argumenterer også på en anden måde ved at bruge logiske forklaringer, hun bruger intellektet:

s: når du har fået pillerne vil jeg bede dig om at
195) blive i din seng, og hvis du skal ud af sengen, ud at tisse eller, at du så lige kalder på os...for du kan godt blive usikker på benene af stesoliden.

Argumentet skal illustrere den forskel der er i deres måde at argumentere på. Sygeplejersken bruger et årsagsargument hvor en ting bevirker en anden ting. Her bevirker stesoliden at patienten bliver usikker på benene og derfor skal hun blive i sengen. Sygeplejersken bruger kendsgerninger og appellerer til intellektet, mens patienten appellerer til følelser og holdninger.

Sygeplejerskens perspektiv er også anderledes, i starten af samtalen spørger hun om patienten har gennemført nogle graviditeter. Der kan være flere grunde til spørgsmålet. En af dem er at hun må vide noget om patientens forhåndskendskab til det der skal foregå. Ved patienten hvad det drejer sig om er det måske ikke så nødvendigt at informere så meget.

Spørgsmålet skal også ses sammen med de implicitte overvejelser sygeplejersken gør. I hendes verden ved hun at det er muligt at få lægerne til at sterilisere patienterne hvis der er vægtige grunde for det. Normalt er der lang ventetid og der skal være velovervejede årsager til at man ønsker en sterilisation, en vis alder og gerne et par børn. Desuden kan sygeplejersken godt se at denne patient har nogle sociale problemer der bevirker at hun måske ikke selv magter at gøre en aktiv indsats for at undgå graviditeter.

Altså alderen har patienten, men sygeplejersken må vide om der eller er argumenter nok, har patienten børn, hvor svært er det for hende at finde ud af prævention mm. Når sygeplejersken senere spørger om hvor langt hun er henne og får at vide at det er op over (tolvte uge er grænsen for fri abort), opgiver hun. Sygeplejersken resonerer at der vil gå for lang tid og det er vigtigt at patienten får denne abort i dag.

Som patient har man en forventning om at personalet er interesseret i én og især ens sygdom. De forventninger bliver til dels indfriet fordi det netop er de ting der tales om. Patienten oplever således at sygeplejersken opfordrer hende til at fortsætte med sin beretning

Sygeplejerskens mange tildækkende og afgrænsende gensvar, samt de funktioner en indlæggelsessamtale har, er imidlertid tegn på at der er tale om en perspektivkonflikt. De har hver deres model af verden og hver deres aspekt der ligger til grund for de ting de siger.

Selv om der er tale om en konflikt, er det ikke det samme som at sige at samtalen er mislykket. Patienten får lov til at tale om sine problemer og sygeplejersken får svar på nogle spørgsmål. Dermed får begge noget af behovet for samtalen dækket.

Der ses flere konflikter i denne samtale. Lidt senere spørger sygeplejersken om patientens mand er hjemme i dag. Hun skal sikre sig afdelingens krav om at der er en voksen i hjemmet så patienten kan gå hjem samme dag.

Af patientens svar kan ses at hun oplever spørgsmålet som en interesse for hende og derudfra svarer hun. Ingen af dem stiller spørgsmåltegn ved udtalelsen og samtalen går i stå. Sygeplejersken vil ikke snakke om at de hygger sig hjemme eller at den lille er syg. På den anden side ved hun at hun bliver nødt til at eksplicitere hvorfor hun stiller spørgsmålet hvis de skal tale om afdelingens krav. Hun opgiver på dette tidspunkt, der opstår en lille pause og sygeplejersken går videre med noget andet.

Et sted kommer patienten ind på at hun egentlig er utryg ved at afdelingen lukker kl 17. Sygeplejersken beroliger hende, hun kan overflyttes til en anden afdeling hvis det er nødvendigt. Patienten oplever dette som noget positivt, hun kan blive. Sygeplejersken forsøger at berolige patienten så de kan komme videre. Også fordi rolige patienter giver mindre arbejde, er mindre besværlige. Havde hun forstået patientens uro ved at skulle hjem eller havde hun klart markeret sig, havde hun svaret anderledes. Det gør hun ikke, hun siger hun kan gå hjem når hun er frisk, vel at mærke kl 6 eller 7 eller 8. Der er også pres på afdelingerne, de skal helst ikke have for mange til at overnatte.

Patientens reaktion på udtalelsen er også at hun ikke bliver ret meget roligere, hun vil blive. Hun har været indlagt før og ved det kan lade sig gøre at blive natten over. Samtidig ved hun hvilke krav hun kommer hjem til og det magter hun ikke.

De taler ud fra forskellige perspektiver og det giver en konflikt. De har faktisk hvert sit standpunkt; patienten taler om at blive og sygeplejersken taler om at tage hjem. Denne konflikt mærker de begge, patienten er blevet mere urolig og taler om kvalme og koks, men det bliver ikke hørt. Sygeplejersken bruger sin magt, skifter emne og kommer ud af det på den måde.

Endnu en konflikt viser sig på det sted hvor de snakker om medicin. Sygeplejersken skal have udfyldt et skema til narkoseafdelingen og hun vil gerne vide hvilken medicin patien-

ten tager. Det er nok at vide at det er kvalmestillende, for de indeholder stort set de samme stoffer. Patienten er helt med på at skulle snakke om kvalme og medicin igen og remser en hel masse op. Hun er sygehjælper og ved at sygeplejersker lægger stor vægt på medicin, navne mm. Hun vil godt gøre det så godt som muligt og føler vel at her er de meget lige, derfor kommer hun med alle de navne. På den anden side ved hun godt at det ikke er smart at tage alt for meget, derfor appellerer hun til sygeplejersken om ikke at skrive alt. Det forventer hun at kunne få sygeplejersken til fordi hun oplever en slags fællesskab her og en interesse.

Denne situation løses heller ikke tilfredsstillende. Patienten taler konkret om kvalme og forskellige præparater, men det skal ikke videre til andre. Sygeplejersken abstraherer og skal skrive det til narkoselægen. Når hun har fået de svar hun gerne vil have, går hun videre, "og jeg skriver så årsagen til indlæggelsen, det er du er gravid"! (182) Hun kunne lige så godt have sagt, klap i!

Denne konflikt mærker begge parter, den ene er utilfredsstillet og den anden må igen bruge sin possition og skifter emne.

Nogle gange går samtalen i stå, det sker hvor begge parter tror det handler om andre ting end det modparten tror. Nogle steder får begge parter lidt ud af kommunikationen, men ikke på en tilfredsstillende måde. Ingen af dem opdager at ståstedet, perspektivet er forskelligt, men de mærker konsekvensen af det, en konflikt der er så generende at sygeplejersken vælger at skifte emne.

Funktioner i samtalen.

For at se på de funktioner samtalen har vil jeg vende tilbage til eksemplet fra starten hvor sygeplejersken spørger:

15) s: Har du så haft flere aborter end den?

Der kan være to bevæggrunde for at stille spørgsmålet. Den ene er for at opfylde afdelingens mål med at berolige patienterne, så arbejdet går lettere. Dels er det bedst at få så

tion, der ikke er med her, vil ikke kunne opveje den verbale, sygeplejerskens svar kan kun ses som en distanceret holdning til patienten og hendes problemer.

Sygeplejersken vælger at afbryde patienten med et spørgsmål om børnenes alder. Hun må videre i samtalen og hendes usikkerhed gør at hun aldrig siger direkte at hun ikke vil snakke om de store problemer. Hun spørger derfor til noget der ikke kan komme til at involvere hende selv. Patienten hører heller ikke hendes svar, der jo er formet som er spørgsmål, men fortsætter med sine problemer.

Lidt senere i samtalen bruger sygeplejersken endnu en gang et afgrænsende svar for at få nogle oplysninger hun skal bruge for at vide hvornår patienten kan udskrives, og resultatet er det samme:

p: fordi han godt kunne se det var vanskeligt det der, og jeg har også, jeg har haft vagtlæge ude og så gi' mig noget, simpelthen kvalmestillende, for at få lidt ro i det, men det er det hvis jeg får taget for meget af noget ikke, jeg har den lille på 8 mdr ikke, så er jeg bare proppet, og det er det jeg ligesom ved inde i mit hoved ikke, den lille // min mand skal jo på arbejde ikke, han kan jo ikke gå hjemme ved mig og observere vel, hvordan går det nu

s: er han så hjemme i dag?

De tildækkende svar præger også denne samtale. Ofte vil det være ting, temaer der bliver bagatelliseret eller helt fortrængt så modparten oplever en afvisning. Det udsagnet skulle være med til at løse op for bliver i stedet forstærket hvad enten det er usikkerhed, vrede, angst eller andet. Samtalen kommer til at virke overfladisk og afvisende.

p: så jeg overvejer jo kraftigt den der sterilisation, men det har jeg ikke rigtig kunne nå at tage stilling til

16) p: spontane har jeg også haft

s: ja, spontane har du også...

Det giver patienten mulighed for at vælge flere forskellige ting at tale om. Hun vælger at fortsætte med en tvivl om sterilisation, hvilket kan tolkes som et hovedproblem for hende. Hun kunne ligeså godt have valgt at tale om den anden provokerede abort, om det at blive gravid med spiral, om at være sygemeldt hver gang hun er gravid, om hvorvidt hun ønsker at få børn de gange hun var gravid, om hendes mand er glad for eller ked af at hun vælger abort osv.

Men ellers er det mest afgrænsede svar sygeplejersken kommer med:

p: nu hvis det er...det er børnene ikke, de ku' godt huske hvordan det var sidst, sku' selv dit og dat,
40) og nu er det spidset til på den måde ikke også, de har været syge i en periode, den lille har haft lungebetændelse og pigen har noget fåresyge

s: hvor gamle er de?

I dette eksempel fastlåser sygeplejersken samtalen. Patienten fortæller om flere ting,

1) at aborten skal være nu hvis det skal være, siger hun. Der ligger altså en tvivl som hun også giver udtryk for i starten af samtalen, "det tegnede meget godt i starten".

2) Dårlig samvittighed overfor børnene, sidste graviditet hvor hun heller ikke havde det godt, da skulle de selv mere end hun følte de magtede.

3) Hun orker ikke mere i øjeblikket, dels sin egen elendighed, dels har de to af børnene været syge. Egentlig skal der ikke så meget fantasi til at forestille sig det koks hun har derhjemme. Det lader ikke til at hun har meget støtte i manden, for lidt senere siger hun, at han jo ikke kan "gå hjemme ved mig og observere". Hun siger ikke direkte at manden ikke er den store støtte.

Ud fra de muligheder der ligger i samtalen vælger sygeplejersken at spørge om børnenes alder. Et spørgsmål der ikke på nogen måde vil uddybe eller belyse de tre store spørgsmål patienten lægger for dagen. Selv den non-verbale kommunika-

Funktionen eller hensigten med udsagnet er således dels at berolige patienten, underforstået at hun så er mindre besværlig, men det lykkes ikke rigtigt, og dels at få en konkret oplysning.

Der er andre eksempler der kunne analyseres på samme måde, og de vil også vise at spørgsmålene er for at sikre afdelingens rutiner og informere for at berolige:

21) s: har du genneført nogle graviditeter

34) s: hvor langt er du henne

90) s: ved du hvad, det skal du ikke tænke på fordi du ikke har det godt, så overflytter vi dig...

117) s: skal vi snakke om vejledningen

157) s: godt, så skal jeg lige en gang allergi, er det noget du har

Det vil unægteligt også være for meget forlangt at personalet skulle tage sig af alle problemer der kan være, psykiske, fysiske, sociale osv. Der er nogle institutionelle begrænsninger, indlæggelses varer kun en eller to dage. Derimod vil det være muligt at prøve at se situationen og hvilke problemer der kan være ved den. Var sygeplejersken engageret ville hun vise interesse for de enkeltheder patienten lægger frem; hun ville så vise at hun ville mere end en standardiseret samtale på systemets præmisser.

Gensvarsmodeller.

Denne samtale er institutionel og tjener systemet mere end det enkelte menneske. Derfor er den præget af at sygeplejersken anvender de tildækkende og afgrænsende gensvar. Sygeplejersken bruger dem ofte fordi hun vil nå sit mål. Dette bevirker at hun tager ansvaret for samtalens retning. Hun vil gerne styre hvad der er relevant at tale om, eller snarere hvad hun synes der er relevant.

Kun et par steder i samtalen kommer sygeplejersken med et udvidende svar, det ene findes i begyndelsen:

lidt bedøvelse som muligt for patienten selv og dels er hun længere tid om at vågne igen hvilket godt kan give problemer og bruger så igen mere af personalets tid.

Der ligger et helt relevant formål med at berolige patienterne, sygeplejersken stiller så spørgsmålet for at finde ud af hvor meget hun skal informere, dermed bliver det til en vis grad systemets behov der skal dækkes.

Det andet kunne være at opfylde et andet af afdelingens mål med at få oplysninger og give informationer af mere teknisk art. Det er vigtigt at få at vide hvor mange gange en kvinde har været gravid, fordi der skal gives antistof hvis hun har blodtype Rhesus negativ. Alle bliver spurgt, men lægerne ved selvfølgelig at det er vigtigt og har spurgt i forbindelse med journalskrivningen (må man gå ud fra).

Sygeplejerskens overvejelser er skjulte, så hverken patienten eller jeg har mulighed for at vide præcis hvorfor hun stiller spørgsmålet.

Sygeplejerskens svar er samtidig ikke lyttende, for hun spørger jo om patienten har haft flere aborter. Patienten har lige fortalt at hun igen måtte have abort. Spørgsmålet må derfor være for at dække sygeplejerskens behov der samtidig opfylder afdelingens mål at få oplysninger. Sygeplejerskens hensigt med samtalen at få relevante oplysninger, det koncentrerer hun sig om og derfor hører hun ikke efter.

Hvis sygeplejersken ville finde ud af om der er nogle problemer i forbindelse med denne abort, ville dette udsagn ikke være et afgrænset svar. Patienten signalerer en række problemer abort, sterilisation, sygemeldelse mm. Sygeplejersken vælger så at spørge om hun har haft flere aborter. Der er således ikke en interesse for at se på patientens problemer i situationen.

Spørgsmålet er ikke stillet på baggrund af almindelig interesse for patienten som person. Men det er nok sådan patienten reagerer, som en opfordring til at fortsætte den talestrøm hun er i gang med. Lå der et ønske fra sygeplejerskens side om at tale med patienten ud fra almindelige menneskelige interesser ville hun bruge affektive svar og gribe efter stemningen i den lange tale fyldt med problemer i stedet for at bruge de kognitive for at gå ind i en lille del af indholdet.

s: har du gennemført nogle graviditeter?

Resultatet af dette gensvar er at patienten svarer pænt på spørgsmålet, men fortsætter så med sin tvivl, ikke om sterilisation, men om aborten. Situationen er forværret hos patienten og hendes problemer kommer endnu mere frem og viser et kaos hos hende.

Sygeplejersken vælger at holde sig selv helt uden for patientens eksistentielle problemer. Hun mener ikke det er den slags problemer en indlæggelsessamtale skal være med til at løse. Derfor er det irrelevant for hende at gå ind i overvejelser omkring sterilisation. Men for patienten ligger der en konflikt i hendes udtalelse, at hun har overvejet sterilisation. Måske vil hun gerne steriliseres, men hendes mand vil ikke, måske har hun ikke fået taget sig sammen, måske lader hun bare tingene komme som de kommer osv. Hun siger selv at hun ikke kunne nå at tage stilling til det og det er nok hendes måde at signalere sin usikkerhed og konflikt på.

De kognitive gensvar koncentrere sig om indholdet:

p: jeg vil næsten kalde det en allergi den kvalme og
160) opkastning, men det kan man vel ikke kalde allergi

s: nej, men

p: det har jeg bare altid, med det der bedøvelse

s: ja, ... godt ... og medicin det er, du har taget
164) kvalmestillende

p: alt muligt ...
171) og dét skal du ikke skrive

s: jo, jeg skriver kvalmestillende medicin ikke også

For patienten betyder den kvalme, at nu har hun fået nok, ikke bare af den fysiske kvalme men af det hele.

Sygeplejersken vil derimod godt snakke om det ud fra et medicinske spørgsmål. Hun tager ordene for pålydende og spørger til den betydning der danner mening for hende. Hun kan få udfyldt sit skema til narkoselægen og hun kan fortælle patienten at kvalme ikke har noget med allergi at gøre, altså belære hende om medicinske termer.

En sidste ting i forbindelse med gensvarene er at sygeplejersken ikke lytter til de udsagn patienten kommer med. Hun er så koncentreret om at tjene systemet at hun ikke vil høre på det patienten siger.

Sygeplejersken giver informationer som om hun både var døv og blind. Patienten ligger faktisk afklædt i sengen selv om hun har sin egen undertrøje på, men sygeplejersken siger hun skal tage sit tøj af. Patienten har prøvet at få lavet en abort, men sygeplejersken fortæller hvad der skal ske. For nogle ville det være godt at fortælle det en gang til, men denne patient er ligeglad med alle de oplysninger.

Sygeplejersken afbryder patienten i hendes tankegang ved at stille spørgsmål af medicinsk eller teknisk art.På alle spørgsmålene svarer patienten kort, men fortsætter med at fortælle om sine problemer. Hun er i gang med en længere udredning om sine problemer både store eksistentielle og mere konkrete.

Patienten taler om sin mand og sine børn og sygeplejersken siger:

68) men du ved...øh...hvordan det i store træk kommer til at foregå

Patienten snakker om at overnatte hun har ikke flere kræfter osv. og sygeplejersken siger:

117) skal vi snakke om vejledningen

Patienten snakker om sin kvalme og sygeplejersken siger:

142) det varer en tyve minutters tid...

De snakker om medicin og om hvad patienten plejer at tage og sygeplejersken siger:

182) godt...og jeg skriver så her årsagen til indlæggelsen

Patienten er til sidst ved at være desperat, hun vil gerne holde fast i sygeplejersken for at blive ved med at have en kontakt. Hun vender tilbage til ting der er uafklaret, for hende altså. Hun siger at hun gerne vil overnatte måske for at forlænge kontakten ved at blive på hospitalet. Til sidst opgiver hun.

Efterhånden som samtalen skrider frem opstår der en større og større usikkerhed hos begge parter. Patienten mærker at hun ikke har fået hjælp til at løse eksistentielle problemer. Hun formår ikke at eksplicitere dem, hvis hun overhovedet er bevidst om dem. Men hun mærker konsekvensen af at hun ikke selv bliver klogere for hun virker desperat til sidst. Hun skifter emne hele tiden i et forsøg på at fastholde kontakten til sygeplejersken:

201) man må godt skylle munden eller hvad

213) det er sådan en lidt speciel lås

216) men det er ikke sikkert det er så heldigt jo (jeg ved ikke hvad patienten refererer til)

220) men jeg kan da, nu kørte jeg med Falck...

233) fordi jeg tror jeg overnattede sidst

Sygeplejersken bliver også mere usikker efterhånden. Hun har prøvet at afbryde patienten ved ikke at lytte og ved at bruge de afgrænsende og tildækkende svar. Patienten har ikke forstået at disse svar var signaler til at hun skulle stoppe. Med det emotive udsagn: "nej? nu må du lige vente lidt // jeg kommer tilbage til dig" (217); signalerer hun at nu magter hun ikke at have kontakt med denne patient mere. Men selv her hvor hun tydeligt er provokeret af patienten, siger hun ikke stop til hende. Sygeplejersken har ikke bremset hende enten ved at konfrontere hende med det hun siger eller ved at fortælle hvad hensigten med samtalen er.

Vurdering af samtale 4.

Den funktion indlæggelsessamtalen har for denne sygeplejerske er at give og få informationer. Hendes indre dagsorden er på den måde at sikre afdelingens rutiner bliver overholdt. Hun interesserer sig ikke for denne patient og alle hendes eksistentielle problemer. Hun forsøger at lukke af hver gang patienten taler om dem. Patienten har en helt anden dagsorden

som hun ikke fraviger fordi de eksistentielle problemer er de vigtige for hende og fordi hun ikke er autoritetstro. Således kører de faktisk hver sit samtaleforløb.

Som sagt tidligere kan alle gensvar være lige gode eller lige dårlige, alt efter hvilken samtale det drejer sig om. En overvægt af nogle typer gensvar kan være uheldig for en indlæggelsessamtale. I denne samtale er overvægten på de tildækkende, de afgrænsede og de kognitive. Når de så oven i købet ofte er ikke lyttende peger det på en samtale hvor den ene part er styrende og bestemmer hvad der er relevant at tale om.

Samtidig er sygeplejersken usikker. Det er nødvendigt at bremse denne patient der kværner løs på den måde. Men måden sygeplejersken forsøger at stoppe hende på er ikke hensigtsmæssig fordi patienten ikke bliver konfronteret med tingene og det efterlader nogle uløste konflikter.

Dette bevirker at sygeplejersken ikke har formået at berolige patienten, Hun bliver ladt tilbage med en meget stor usikkerhed omkring sine problemer. Hendes kvalme er til dels løst ad medicinsk vej for hun bliver lovet noget kvalmestillende på operationsgangen. De mere overordnede spørgsmål for patienten om sygdom, børn, mand, abort mm. er ikke på nogen måde løst. Sygeplejersken har fået nogle tekniske, medicinske data og har fortalt hvordan arbejdsgangen for en abort er.

Praksis for denne sygeplejerske er altså at opfatte patienten som patient med en sygdom, dette lægger sig tæt op af den lægevidenskabelige tankegang, apparatfejlsmodellen. Praksis er ikke at gå ind i personens liv, heller ikke så meget i her og nu situationen.

Dette er et af kerneproblemerne, på den ene side at skulle være systemets repræsentant og modtage den ene patient efter den anden; ofte med samme diagnose som her en abort. På den anden side at skulle være menneskelig og forstå at for netop denne patient er det ikke bare et indgreb på tyve minutter, men en stor beslutning der er taget og som kan have mange konsekvenser; både i forholdet til hende selv og til omgivelserne.

Samtalens funktion for sygeplejersken er at få og give informationer og for at sikre rutiner og berolige. For at opnå den, og for at dække over sin tilbøjelighed til ikke at

kunne sige tingene rent ud, benytter hun nogle gensvarsmønstre der ikke virker efter hensigten, at informere og samtidig berolige.

På den måde virker sygeplejersken ikke vederhæftig. Hun er måske nok troværdig, men da det ofte ikke er relevant og heller ikke forståeligt for patienten gavner det ikke. Sygeplejersken er ikke engageret i denne patient og derfor virker hendes udtalelser heller ikke engageret.

At de har hver sin dagsorden der ikke ekspliciteres og hver sin måde at argumentere på, gør det muligt at forstå en af grundene til hvorfor de to ikke taler så godt sammen. For at producere både det der siges og det der høres, er det jo nødvendigt at udsagnene har mulighed for at indgå i personens måde at producere på. Derfor har begge parter svært ved at høre efter hvad den anden siger, de producerer eller optager betydning efter forskellige kriterier. Sygeplejersken gennem logiske og måske tillærte forklaringer og patienten gennem egne efterprøvede erfaringer.

Det ville nok være hensigtsmæssigt hvis sygeplejersken i starten af samtalen var gået ind i patientens kaotiske udsagn. Hvis sygeplejersken havde brugt nogle minutter på at give patienten lov til at formulere hvad der var de store problemer for hende. Og kunne hun gøre det på en måde hvor hun er konfronterende , så ville det være hensigtsmæssigt.

Måske ville patienten være mere motiveret til at fortsætte samtalen efter sygeplejerskens dagsorden fordi hun havde fået mulighed for at komme frem med sine problemer.

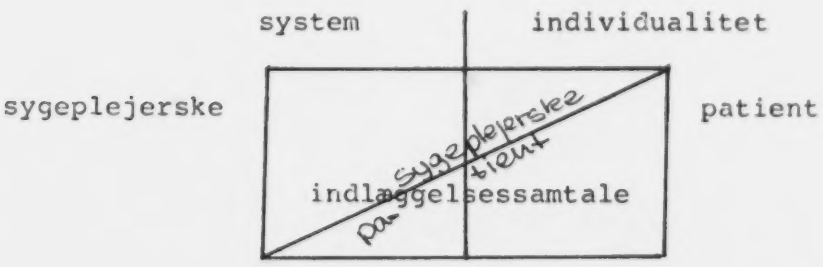
12. SAMLET VURDERING AF SAMTALERNE

Denne samlede vurdering af samtalerne er mere sort-hvid end samtalerne i virkeligheden er. Grunden til at grænserne er trukket skarpt op her er at det er lettere at se forskelle og ligheder på den måde. Det er ikke helt retfærdigt over for de enkelte sygeplejersker. Der er imidlertid ikke tale om at skyde på de enkelte sygeplejersker der snakker her, men på samtalerne som typer og dermed bliver det på sygeplejerskerne som typer.

Indlæggelsessamtaler.

En indlæggelsessamtale foregår mellem en sygeplejerske og en patient i en institution. Institutionen er som system hierarkisk bygget op og præges videnskabeligt at lægernes apparatfejlmodel. Sygeplejersken er placeret midt i det hierarkiske system hvor hendes magt er begrænset opadtil i systemet. Over for patienterne står hun imidlertid som repræsentant for denne magt og bliver dermed magthaver.

Modellen for kommunikation (s. 60) må deles yderligere, her er kun taget samtaledelen med:



På den ene side findes de konstituerede regler og konventioner er alle sammen nogle institutionen giver og som skal overholdes. På den anden side findes individualiteten der betinger de strategiske regler og konventioner.

I et møde mellem en sygeplejerske og en patient er der forskel på hvor stor en del der foregår efter konstituerede regler og konventioner og hvor stor en del der tillader de strategiske.

Systemet har stor indflydelse på sygeplejerskens adfærd og kommunikation, netop fordi hun er dets repræsentant. Derimod vil det individuelle præge patientens adfærd og kommunikation, fordi hun mest af alt deltager som person.

Jeg vil påstå at en indlæggelsessamtale er en given størrelse; hvor en del rummer systemets præmisser og en anden del parternes eksistentielle liv. Men hvor meget og hvordan dette rum bliver udfyldt er individuelt fra afdeling til afdeling, fra sygeplejerske til sygeplejerske og fra patient til patient.

Nogle vil måske sige at systemet visse steder markerer sig så meget at der derfor ikke eksisterer en sådan fordeling. Måske, men at skjule sig selv er også en markering. Desuden har patienterne en forventning til en samtale der i høj grad tager udgangspunkt i deres eksistentielle liv.

Inden for de muligheder der findes i en indlæggelsessamtale kan parterne vælge hvor stor en del de vil bruge. For at samtalen kan blive hensigsmæssig må der imidlertid være konsensus om hvor parterne mødes. Den ideelle udfylder rammerne, sygeplejersken er til stede som systemets repræsentant, men også med sin individuelle personlighed. Patienten er ligeledes til stede som den individuelle person hun er, men anerkender samtidig institutionen.

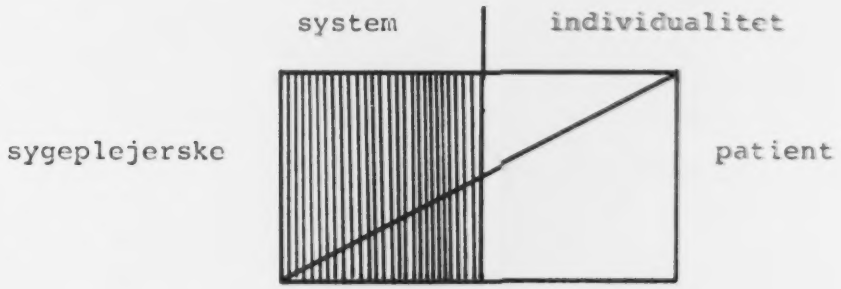
Den ideelle indlæggelsessamtale er på den måde det professionelle møde. Sygeplejersken er systemets repræsentant og hun er vant til at tage sig af problemer. Patienten, der har et problem hun skal have hjælp til at løse, møder en sådan sygeplejerske. I modellen mødes de så på stregen.

Den institutionaliserede indlæggelsessamtale.

Måden sygeplejersken tilrettelægger sin indlæggelsessamtale på siger noget om hvilke forhold hun prioriterer, om hun vælger at være loyal mod systemet eller mod patienten, eller om hun forsøger at integrere begge dele og nå det ideale.

Da det er et fåtal af alle samtaler der er ideelle vil der således være en del af rummet der ikke bliver udfyldt (hvide felter).

Den institutionaliserede samtale vil være den der foregår på systemets præmisser og kan illustreres sådan:



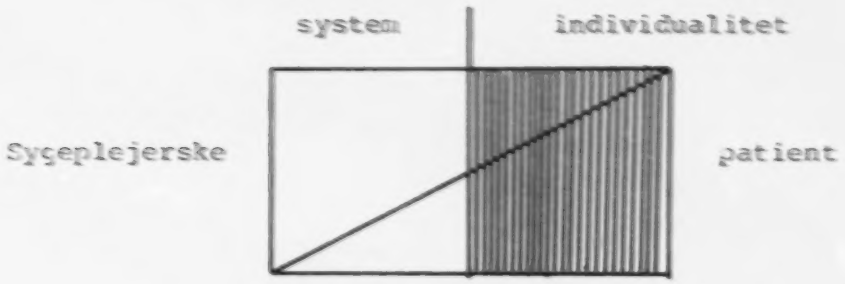
Typisk vil det være en samtale helt på systemets præmisser, hvor sygeplejersken er på hjemmebane og rollerne er helt klare. Sygeplejersken har magten til at definere emnerne og har ordstyrerfunktionen. Patienten accepterer forholdet og falder helt ind i en patientrolle der svarer til rammerne.

Samtalen kører mere eller mindre af sig selv, men den er ikke hensigtsmæssig i forhold til den sygeplejefaglige selvforståelse der praktiserer et helhedssyn. Der vil i høj grad være tale om en informationsudveksling for at tjene systemet. Det er spørgsmålet om patienten overhovedet får noget ud af denne samtale. Den er heller ikke hensigtsmæssig i forhold til de regler der gælder for en samtale. Patienten vil ikke have mulighed for at producere en betydning af det sygeplejersken siger.

Patienten får ikke mulighed for at komme frem med sin usikkerhed. Det er jo i den eksistentielle del usikkerheden, angsten og problemerne i forbindelse med indlæggelsen findes.

Personlige samtaler.

Det modsatte forhold er den personlige samtale. Der er konsensus om at snakke på personernes individuelle præmisser. Den kunne illustreres sådan:



En sådan samtale vil være ustruktureret fordi systemet lukkes ude. Afdelingens krav vil ikke blive tilgodeset og patienten vil ikke få anden hjælp en den hun kan få hos nabokonen. Den vil aldrig kunne være en indlæggelsessamtale, men selvfølgelig godt være funktionel efter andre kriterier.

De 4 indlæggelsessamtaler.

En samtale fungerer i det øjeblik der er konsensus om hvilke del af samtalerummet der skal udfyldes. Samtidig skal den være hensigsmæssig i forhold til afdelingens krav, praksisbetingelser og både sygeplejerskens og patientens selvforståelser. Den vil med andre ord være optimal når hele rummet udfyldes.

De 4 samtaler kan tegnes ind i modellen. Det kan således ses at de er meget forskellige. Samtale 1 er den professionelle samtale hvor patienten accepterer fordelingen så der opstår konsensus om samtalerummet. Den er noget stiv, men fungerer.

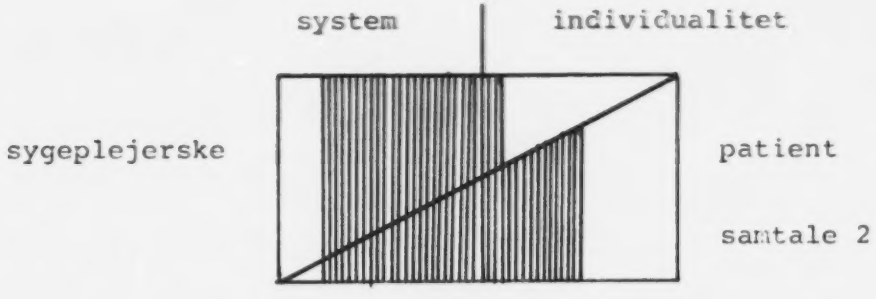
Samtale 2 er en institutionaliseret samtale hvor der bliver taget mere hensyn til systemet og ikke meget til patientens individuelle problemer.

Samtale 4 er ikke hensigtsmæssig, hverken i forhold til systemet eller i forhold til patienten for der er ikke konsensus om samtalerummet.

Samtale 3 starter som en kamp for at definere samtalerummet og udvikler sig til at blive et professionelt møde.

Samtale 2.

Sygeplejersken tager udgangspunkt i afdelingens behov for informationer for at sikre at reglerne og rutinerne bliver overholdet. Samtalen er meget institutionaliseret og kan illustreres på denne måde:



Hun opbygger et magtforhold støttet af systemet og er ikke selv til stede som en individuel person. Patienten accepterer dette og dermed indgår begge parter i de roller systemet giver.

Disse forhold præger sygeplejerskens måde at tale på, det er overvejende den referentielle del af sprogets funktioner hun bruger og hun benytter sig en del af fagsprog. Dette bevirker bl.a. at emnerne forbliver irrelevante for patienten. Sygeplejersken får støtte af systemet i sin argumentation ved at henvise til andre autoriteter og ved at benytte et gensvarsmønster der sikrer hende retten til at definere hvad der skal snakkes om og hvornår de er færdige igen.

Resultatet af denne institutionaliserede måde at snakke på er at det går ud over kontakten med modparten, den forbliver upersonlig. Patienten finder ud af at der ikke er plads til mange individuelle spørgsmål.

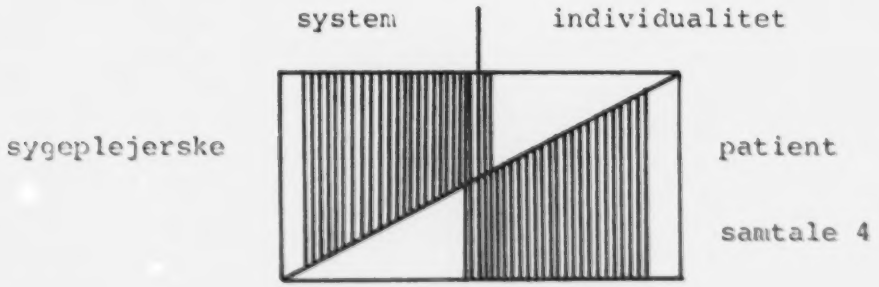
Ved at tilpasse sig sin rolle i systemet accepterer patienten at skulle snakke om de emner sygeplejersken har på sin dagsorden, der opstår konsensus om at samtalen foregår på systemets præmisser.

Der opstår nogle perspektivkonflikter, men de kommer ikke til åbent brud netop fordi patienten er så pæn og forsøger at fylde sin egen rolle ud.

Ved denne samtale opfylder sygeplejersken systemets behov for en indlæggelsessamtale, men ikke patientens behov for at få sine problemer belyst. Patienten bliver ikke beroliget ved denne samtale for sygeplejersken er for loyal over for systemet.

Samtale 4.

I samtale 4 anerkender patienten ikke sin patientrolle mens sygeplejersken bliver i sin rolle og holder fast i en loyalitet mod systemet. Der er således ikke konsensus om hvordan samtalen skal foregå:



Både sygeplejersken og patienten har hver sin dagsorden som de ikke ændrer. Sygeplejersken får ikke sagt tingene direkte til patienten og hun producerer ikke betydning dannet på baggrund af patientens udsagn.

Sygeplejersken anvender den referentielle funktion, som hun også gjorde i samtale 2, hun har et gensvarsmønster der sikre hende retten til at definere samtalen, hun lytter ikke og hun er tilbøjelig til at bruge fagsprog.

Sygeplejersken er usikker og samtidig loyal over for systemet og derfor bliver hun i den institutionaliserede sygeplejerolle.

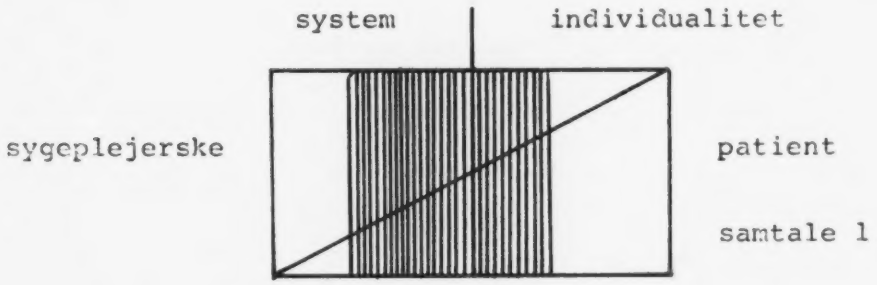
Mens patienten i samtale 2 indtager den traditionelle patientrolle indtager denne patient en ikke autoritetstro patientrolle. Der opstår problemer i relationerne mellem dem, men de bliver aldrig gjort til genstand for samtalen.

Disse forhold gør at parterne dårlig nok er i kontakt med hinanden og at sygeplejersken skjuler sin personlige del. Dermed formår hun alt i alt ikke at give sine informationer så patienten forstår/hører efter dem.

Der bliver ikke konsensus om hvad samtalen skal bruges til og den fungerer ikke i forhold til systemet, for sygeplejersken får ikke givet sine informationer og patienten bliver ikke beroliget. Den fungerer heller ikke i forhold til patienten for hun har ikke fået sine problemer løst.

Samtale 1 og 3.

Når der er konsensus om samtalerummet både i forhold til systemet og i forhold til patienten, så viser det sig at samtalen fungerer:

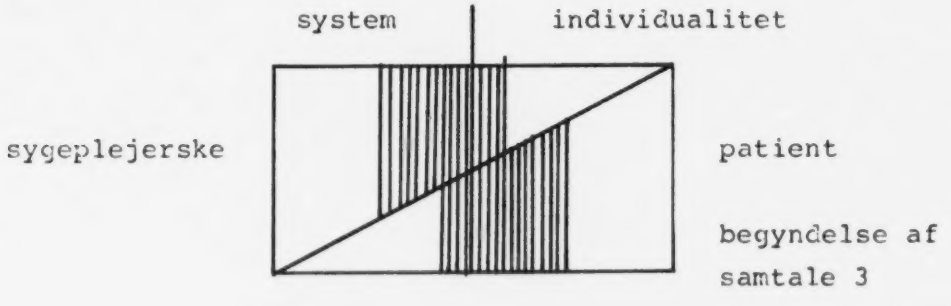


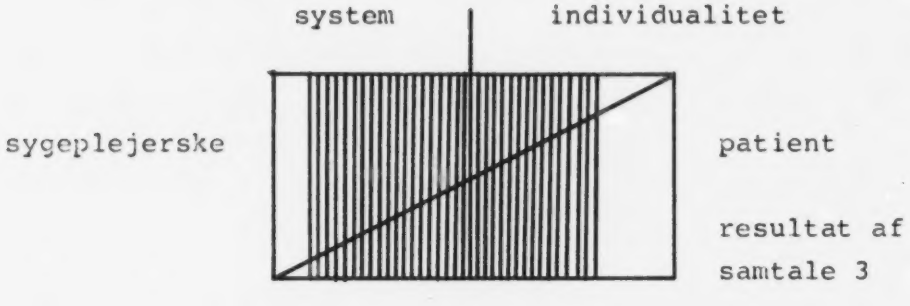
Sygeplejersken tager udgangspunkt i patienten. Hun har en indre dagsorden der viser sig at være hensigtsmæssig. Her er ingen problemer med relationerne parterne imellem og rollefordelingen fungerer. Begge parter har de naturlige roller i situationen og accepterer det.

Samtalen virker lidt stiv hvilket kan ses at de mangler en del af de muligheder der ligger i en indlæggelsessamtale. Ingen af parterne forsøger at udvidde rummet og udnytter på den måde ikke situationen fuldt ud.

Når der derimod er problemer med relationerne, som i samtale 3, bliver disse gjort til samtaleproblemet. Parterne forhandler sig frem til nogle roller og dermed en adfærd de begge kan acceptere. Dette kræver et personligt engagement fra begge og det er et engagement de beholder når samtaleproblemet ændrer sig til emnerelaterede problemer.

Der sker således en flytning af samtalerummet i samtale 3 fra starten, hvor patienten ikke vil snakke, til resultatet af samtalen, hvor der er opnået konsensus:





I denne samtale tager sygeplejersken også udgangspunkt i patienten.

I begge samtaler bliver det sociale forhold systemet giver et over/under forhold, og da alle accepterer dette bliver det psykologiske forhold nogenlunde lige. Sygeplejerskerne er loyale over for patienterne fordi de respekterer dem. Det går

ikke ud over deres loyalitet mod systemet fordi de tager udgangspunkt i praksis, altså i patienterne og deres individuelle problemer. de formår at generalisere problemerne så de også bliver anvendelige i systemet.

Begge sygeplejersker bruger både den referentielle og den emotive sprogfunktion og patienterne gør det samme. Det bevirker at de både kan tale om konkrete ting ved at trække på deres intellekt og på systemet. Og de kan give udtryk for usikkerhed og følelser og bruge deres erfaring og trække på deres individuelle personlighed. Især i forbindelse med sidstnævnte er parterne gode til at bruge erfaringssprog, mens det kniber mere ved den referentielle del.

Den ideelle indlæggelsessamtale.

Selv om disse to samtaler, 1 og 3, er meget forskellige har de alligevel ovenstående træk fælles. Det er netop disse træk der gør at begge samtaler lykkes og er hensigtsmæssige både i forhold til systemet og i forhold til patienterne.

Derfor må den ideelle indlæggelsessamtale, som jeg forstår den, inddrage alle fire forhold:

1. Sygeplejersken som repræsentant for systemet og dermed som fagperson.

2. Sygeplejersken som individuel person så mennesket i hende kommer frem og kommer i samspil med patienten.

3. Patienten som individuel person der forstår at markere sig og dermed kommer i samspil med sygeplejersken.

4. Patienten anerkender sygeplejersken som fagperson og dermed indgår i systemet.

Sygeplejersken må tage udgangspunkt i patientens individuelle behov og problemer, men i en institutionaliseret samtale. Hun skal kunne bruge sin egen individuelle personlighed og vise den for at komme i samspil med patienten. Dermed er hun både loyal over for systemet og over for patienten.

Praktisk gælder det om at eksplicitere de forudsætninger samtalen bygger på. Analyserne har vist at alt for mange gange opstår der problemer i samtalen, fordi sygeplejerskens bevæggrunde for deres udtalelser forbliver implicitte.

Rollefordelingen skal socialt være et over/under forhold og samtidig et nogenlunde lige psykologisk forhold. På den baggrund vil der opstå en konsensus om samtalerummet. Sygeplejerskeh vil være engageret og vederhæftig og patienten vil finde emnerne relevante. Sprogligt må sygeplejersken kunne anvende et erfaringssprog som også skal inddrage den emotive funktion.

Med andre ord, en sygeplejerske er professionel når hun inddrager sig selv, interesserer sig for mennesker og er vant til at tage sig af problemer. En patient er et menneske med et problem hun gerne vil have hjælp til at løse. En indlæggelsessamtale er en institutionaliseret samtale der er ideel når der er fuld forståelse mellem den professionelle sygeplejerske og patienten for hvad der foregår. Det er således sygeplejerskens ansvar at skabe et fælles rum og gøre det implicitte eksplicit.

Jeg forstår den humanistiske sygepleje som en sygepleje der interesserer sig for enkelthederne for derigennem at få kontakt med patienten og forstå hende. Så opnår man en sygepleje der i systemet tager højde for det individuelle menneskets situation og dets problem.

13. FRA VIDENSKAB TIL PRAKSIS

Jeg har været inde på det uheldige i teoritiseringen af sygeplejen. Det problematiske i at tage udgangspunkt i nogle ideale forhold, der ikke tager højde for de praksisbetingelser der eksisterer. Dermed kan forskningen ende i gold akademisering løsrevet fra virkeligheden.

Som jeg forstår problemerne i sygeplejen i dag, eksisterer der netop det problem at mange sygeplejersker tager ideerne og dermed teorien til sig og forsøger at presse dem ind i deres praksis. Da det ofte er ideale forhold teorien beskæftiger sig med giver det nogle problemer at integrere disse størrelser.

Jeg mener videnskabeligheden i sygeplejen skal beskrive og analysere virkeligheden således at der bliver der taget højde for praksisbetingelserne; for sygeplejen er afhængig af læger, systemer og af samfundet i det hele taget. På den måde kan videnskabeliggørelsen af sygeplejersken konstituere fagets genstandsområder og på den måde skabe noget nyt, både for sig selv som fag og for den enkelte sygeplejerske.

Det er ud fra denne betragtning jeg har lavet denne opgave og på baggrund af det jeg kunne tænke mig at undervise bl.a. sygeplejersker. Derfor skal et kursus i indlæggelsessamtaler tage udgangspunkt i praksis. Med andre ord i sygeplejerskernes egen måde at tale på, både praksissituationer på bånd og rollespil på video (for at få kropssprog, mimik mm. med).

Ved at gå ud fra virkelighed er der i hvert fald to væsentlige ting at gøre sig klart. Den ene er alle de forhold der kan ændres og den anden er de forhold der ikke kan ændres her og nu, men måske på lidt længere sigt.

Hvad kan ikke ændres med det samme.

Alle de praksisbetingelser man må tage højde for i indlæggelsessamtalerne er noget der ikke i første omgang kan eller skal ændres. Det drejer sig om de samfundsskabte rammer. Det vil i denne situation være de politiske beslutninger der har indflydelse på de økonimiske bevillinger. Det er også de forventninger og forudsætninger de almindelige mennesker har til et møde med hospitalet.

Der eksisterer ligeledes nogle regler og rutiner i institutionen, som i første omgang ikke vil kunne ændres. Der er de lægevidenskabelige forhold at tage højde for. Så længe lægerne vil foretage kirurgiske indgreb og bedøve folk først, er der visse regler der nødvendigvis må overholdes. Patienterne skal være fastende, der skal være garanti for at de ikke får et stof de er allergiske overfor osv.

Men der er andre ting i institutionen. Der er sygeplejerskernes egen selvforståelse, som er dannet på baggrund af uddannelse mm. Har en afdeling, eller et helt hospital valgt at praktisere en bestemt form for sygepleje giver dette også nogle rammer.

Hvad kan så ændres.

Her gælder det jo indlæggelsessamtaler og der er flere ting der kan laves bedre eller anderledes. For det første er der nogle fysiske rammer der vil kunne ændres uden de store besværligheder. Det må være muligt at foretage en indlæggelsessamtale inden patienten kommer i seng og i et andet rum. Patienten vil kunne føle sig lidt mere som menneske ved at sidde i et rum hvor ingen hele tiden forstyrrer, og hvor hun endnu ikke er gjort helt så afhængig af systemet fordi hun stadig har sit eget tøj på. Begge parter ville så kunne sidde på en stol over for hinanden.

Dette er kun en af mange små praktiske ting der sikkert godt kunne ændres.

Samtale teknisk er der flere ting der kan ændres. Ved at sygeplejerskerne gøres bedre og mere bevidste om sproget og samtaler. I første omgang er mange af de punkter Erno Metze

er inde på i sin bog "Samtaletræning" meget anvendelige. Her gennemgås de forskellige roller og relationer der har betydning for samtaler. Praktisk kan det vises gennem øvelser hvordan den enkelte bruger gensvarsmodeller, transaktioner, hvilke problemer der gøres til genstand for kommunikationen mm.

Ved at forstå hvordan man selv kommunikerer er det muligt at forstå andres reaktioner på sin måde at snakke på. Ved at ændre sin egen måde ændrer man derigennem også forholdet til modparten. På denne måde opnår man en bevidsthed om sig selv og sit samspil med omverdenen.

Det er også de mere sproglige forhold det er nødvendigt at blive bevidst om. Her vil en bog som Peter Harms Larsens "Skriv sundere" være god. Oplagte emner at tage fat på er, videns- erfaringssprog og forudsætninger, hvilke ting er det rimeligt at gå ud fra i en indlæggelsessamtale. Også emner som parternes indbyrdes relationer og hvordan de kommer til udtryk sprogligt er vigtige.

Konkret vil det sige at sproget skal være personligt, konkret, billedrigt, knyttet til situationen, sanseligt og handlingsorienteret. Altså alle de karakteristika et erfaringssprog har.

Et generelt problem i indlæggelsessamtalerne har været, at det er svært for sygeplejersken at vise sig selv. Hun må ikke være bange for at vise hvem hun er og hvad hun mener; dermed bliver det lettere at komme i en bedre kontakt med patienten.

Når man er blevet bevidst om hvike sprog man taler og hvilke betydninger det kan have, er det mulig at se disse ting i forhold til sin egen selvforståelse. Er der overensstemmelse eller er der forhold der bør ændres for at sproget passer til den selvforståelse en person selv synes hun har. Det vil i disse sammenhænge typisk være forholdet mellem at se sig selv som en moderne sygeplejerske med en humanistisk tilgang til faget, og så sproget i sine egne samtaler. Måske er der noget der ikke helt passer sammen, men der er mulighed for at ændre forholdene så der bliver overensstemmelse mellem sprog og ideologi.

På denne måde er det muligt at tage udgangspunkt i praksis, analysere virkeligheden for at blive endnu bedre til at forstå og forklare forholdene. Dermed bliver det muligt at

skabe en bevidsthedsændring der bevirker at distancen fra sygeplejerske til patient og fra sygeplejerske til sygeplejerske bliver mindre. Derigennem vil det på længere sigt være muligt at ændre på de forhold der i første omgang synes givet og uforanderlige.

14. LITTERATURLISTE

Alrø, Helle og Marianne Kristiansen: Kan du se hvad jeg sagde? Holistic 1988.

Andersson, Jan og Mats Furberg: Sprog og påvirkning, fra Språk och påverkan 1966, Nyt Nordisk Forlag Arnold Busk 1972.

Arboe-Rasmussen, Lis og Jytte Jensen: Fokus på sproget. Faglig informationsserie nr. 34. Dansk Sygeplejeråd 1987.

Bandler, Richard: Brug din hjerne - til en forandring, fra Using your Brain - for a change, Real Peoples Press 1985. Paludan 1987.

Berger, Peter L. og Thomas Luckmann: Den samfundsskabte virkelighed fra The Social Construction of Reality. 1966. Lindhardt og Ringhof 1972.

Berne, Eric: Hvad er det vi leger? fra Games People play, The Psychology of Human Relationships 1964. Gyldendals Uglebøger 1973.

Buss, Thelma og Voncile Smith: Communication for Helth Professionals. J.B. Lippincott Company, USA 1979.

Davidsen, Mette-Marie og Mette Ellegaard: Sundhedsvæsnet fyres i løbet af ti år, interview med Tor Nørretranders i Sygeplejersken nr. 24, 1989.

Geist, Uwe: Sprogpsykologi i Sprogvidenskabens discipliner redigeret af Erik Hansen og Ole Togeby. Berlingske Forlag 1980.

Goffman, Erving: Vårt rollespill til daglig fra The Presentation of self in Everyday Life, 1959. Dreyers Forlag, Oslo 1974.

Gradenwitz, Mogens: Tekstlære, anden udgave. Akademisk Forlag 1983.

Habermas, Jürgen: Teorier om samfund og sprog. Artikler 1961-76 udvalgt af Jørgen Dines Johansen og Jens Glebe-Møller. Gyldendals sprogbibliotek 1981.

Harder, Peter og Arne Poulsen: Hvad går vi ud fra? Om forudsætninger i sprog og handling. Gyldendals sprogbibliotek 1980.

Jacobsen, Malthe red: Sprog og virkelighed. Gyldendal 1973.

Jakobson, Roman: Elementer, funktioner og strukturer i sproget. Udvalgte artikler om sprogvidenskab og semiotik. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busk 1979.

Jakobson, Roman: Linguistics and Poetics fra Sebeok Style in Language, p. 350-377. New York og London 1960.

Jensen, Leif: Indføring i tekstanalyse for mediestuderende. Kommunikationsuddannelsen, RUC 1988.

Jørgensen, Charlotte og Merete Onsberg: Praktisk argumentation. Teknisk Forlag 1987.

Larsen, Peter Harms: Papirer til "Samtalens grammatik". Rolig papir nr. 4. RUC 1975.

Larsen, Peter Harms: Skriv sundere - en kritisk brugsbog for sygeplejersker. Teknisk Forlag A/S 1987.

Larsen, Peter Harms og Niels Erik Wille: Introduktion til pragmatik og pragmatisk analyse (1970). Nydanske Studier og Almen kommunikationsteori nr. 9. Akademisk Forlag. Universitetsforlaget i København 1978.

Malmstrøm, Lene: Vi plejer. Gyldendal 1983.

Metze, Erno og Jørgen Nystrøm: Samtaletræning. Socialpædagogisk bibiotek. Munksgaard 1984, 2.oplag 1985.

Pedersen, Birthe: Sproget som værktøj i sygeplejen. Dansk Sygeplejeråd 1984.

Pedersen, Ina Kjøgx: Nu tager vi fat på sygeplejerskers måde at skrive på. i Sygeplejersken nr. 17 1989.

Pedersen, Ina Kjøgx: Når de kloge skriver for de kloge, interview med Peter Harms Larsen i Sygeplejersken nr. 18 1989.

Petersen, Karin Anna: Sygeplejen - en videnskabelig disciplin? Dansk Institut for Sundheds- og Sygeplejeforskning 1988.

Poulsen, Ib og Harald Steensig: Pragmatik i Sprogvidenskabens discipliner redigeret af Erik Hansen og Ole Togeby. Berlingske Forlag 1980.

Salling, Anne-Lise og Hans Vejleskov: Patienten som samarbejdspartner. Dansk Sygeplejeråd 2. ændrede udgave 1985.

Scocozza, Lone: Er sygdom hvermands herre? Gyldendal 1984.

Vogelius, Jenny: Sygeplejens paradigme. Perspektiv. Sygeplejersken nr. 16/17 1987.

Wille, Niels Erik: Pragmatik og lingvistik i Nydanske studier og Almen kommunikationsteori nr. 9. Akademisk Forlag, Universitetsforlaget i København 1978.

Wretmark, Gerdt: Läkaren möter människan. Studentlitteratur, Lund 1974.

Zimsen, Karen: Samtalen som værktøj. Gyldendal 1975, 8.oplag 1984.

SAMTALE 1.

Samtalen foregår på K 32 d. 17/3 1988 mellem patienten, der er 33 år. Hun er uddannet som klinikassistent, men arbejder som hjemmehjælper. Og sygeplejersken der er 37 år og har arbejdet på afdelingen i 2 ½ år.

Samtalen foregår på en 6-sengsstue hvor patienten ligger i sengen og sygeplejersken sidder på sengekanten.

p = patienten
s = sygeplejersken
// = modparten afbryder og siger noget
/tekst/ = det modparten siger
--- = min inddeling af samtalen

1

s: Vi har hilst på hinanden og ellers skal jeg for tælle dig lidt om hvad der skal ske i dag, så..

p: ja

5) s: har du læst

p: ja, jeg har læst en del på brochuren her

s: ja, det står lidt om hvordan det foregår, og du er kommet nu, og så resten af dagen, godt, der står at det foregår i fuld bedøvelse og det vil sige at
10) det er derfor at du ikke har måtte spise og drikke fra midnat.
du er fastende?

p: ja

2

s: ja, godt
15) jeg kommer med nogle piller til dig nu, nogle du skal have for at du kan ligge og slappe af inden du skal derover, og det virker så du bliver træt, slap, mat og ikke så nervøs, hvis du er det

p: ja, det ved jeg ikke, jeg har aldrig været i
20) narkose før

s: det har du ikke, nej
så du er lidt spændt på det

p: ja, jeg ved ikke om jeg er nervøs, men altså

s: du kan ikke rigtig lide det

25) p: nej

s: nej, er det specielt narkosen du tænker på

p: ja, ja

s: det er også noget uvant noget

p: selv om jeg ikke har prøvet det før så har jeg læst noget om det, inde på tandlægehøjskolen havde vi en del om øh...
så jeg ved godt hvad man går ind sådan nogle forskellige steder og sådan noget, men altså jeg har ikke prøvet det før

støj

s: men du har dog læst om det så du kender til det ikke så du, men altså man kan sige at de her stesolid du får det er måske en del af bedøvelsen

p: ja

s: fordi...når man er meget afslappet når man kommer derover så behøver man ikke ligeså meget til at blive fuldstændig væk

p: nej det er klart

3

s: så, ja, men ellers såh,
er det sådan du må ikke have ur og smykker

p: neglelak

s: trusserne skal du have af

p: dem har jeg taget af

s: dem har du også af, det er flot,
ja, og din urinprøve den var helt fin der var ikke noget.

4

s: så kommer det en portør og henter dig herfra og kører dig over på operationsgangen, og ja,
så går det sin slavegang, du kommer ind på operationsstuen og kommer i gynækologisk leje og bliver vasket af forneden og det altsammen inden du sover // rigtigt

p: /ja, ja/

s: og du får lagt en kanyle i hånden altså en venflon, måske noget drop

p: ja

s: ellers får du bare bedøvelsen igennem den venflon, den har du muligvis når du kommer tilbage og muligvis fjerner de den

p: ja, ja

s: men du vil nok ikke opleve mere før du kommer her tilbage i afdelingen igen og du sådan lige så stille vågner op

p: ja

s: som sagt varer selve indgrebet altså selve det hvor du soverfuldstændig ca. 10 min., men det varer lidt længere inden du er helt vågen

p: ja, selvfølgelig

5

s: og når du kommer her tilbage så vil jeg tjecke dig, altså dvs når man tager blodtryk og puls og se efter at du ikke bløder fra skeden

p: ja, nå det må man ikke

s: jo det må man godt

p: nå men altså

s: men bløder du mere end du må // så skal jeg så se, fordi normalt bløder man måske fra en dag til en uges tid svarende til en almindelig menstruation

p: /nå, mere end jeg må, OK, ja/
men man, man kan have mentruationssmerter som som man har

s: jo, det har man fordi du får noget til at trække livmoderen sammen og det giver
...stzj...
jo det vil det være, de virker som reglen ikke lige så kraftige, men man kan godt have en snert af det, det gør ondt, det ved jeg

9

p: men det så undrer jeg mig over, der må jo egentlig været løbet noget mælk, altså i brystet, går det væk af sig selv

s: det plejer at forsvinde med det samme, det gør det

p: nå, men det er fordi jeg kan mærke det

s: du kan godt mærke det nu

p: de er meget ømme

s: ja, men altså dem der har haft det, jeg har talt med, de siger at det forsvinder faktisk med det samme

 BEST COPY AVAILABLE

p: ja?

s: ellers i hvert fald i løbet af et par dage, men det er altså noget med hormonproduktionen, når man får den udskrabning så

p: nå, men jeg tænkte på om det kunne sætte sig til en mælkeknude...

s: det gør det som reglen ikke, altså mælkeproduktionen er jo ikke så stor endnu, men det plejer altså at gå helt automatisk, men selvfølgelig skal du være opmærksom på det

p: ja

s: hvis du synes der er noget der danner sig eller noget unormalt i det ikke

p: jo

s: men ellers skulle det være ret hurtig frisk igen...ovenpå, der kan komme nogle psykiske ting, man kan blive lidt ked af det, have brug for at snakke med nogle

p: det er det der foregår nu

s: ja, så blive underlig ked af det man ikke rigtig kan forstå hvorfor...

p: men det forsvinder jo også efterhånden, ikke

s: men reglen fysisk der er du jo nok frisk igen efter et par dage

p: skal jeg gå på arbejde igen

s: ja, og selvfølgelig skal du blive hjemme indtil du har det godt, men i løbet af et par dage, der vil du være frisk igen

p: ja

s: det vil jeg tro...du kan godt blive træt specielt ovenpå stesoliden, den virker så man bliver træt, den er faktisk i 24 timer efter, så det kan godt virke lidt modsat fordi den bedøvelse de får, den er ret hurtig ude af kroppen igen, men, når du kommer her tilbage, så må du stå op, hvis du kan, det starter gerne med at man får lidt at spise og drikke

p: (griner) sulten ikke

s: når man har fastet så længe plejer man gerne at være tør helt ned i

p: det er man også

8

s: ja, godt...du skal op til din egen læge når der er gået en ti dages tid fordi så har han fået et udskrivningsbrev her fra os

p: ja

s: og så skal du lige op til en tjeck hos ham

p: ja, for at se om det hele er som det skal være

s: ja, præcis,
og har du nogle spørgsmål til os er du velkommen til at ringe herind

p: ja

s: du skal bare huske på vi har lukket i week-end'en

p: ja, det ved jeg, det står hvad det er her

9

s: ja, altså nu ved jeg ikke om du har tænkt på at du ville hjem i dag

p: jo altså det kan jeg jo ligeså godt, min mand kan hente mig, børnene er derhjemme, så, vi har snakket om det og snakket om at han ville prøve at ringe til Jer ikke, og høre hvordan det gik og sådan noget, og så kommer han ned og henter mig ikke

s: ja

p: enten, ja som jeg havde det til ikke, han ville lige snakke med Jer om det først

s: ja, godt, selvfølgelig kræver det at du lige er vågen og har været oppe en times tid, og så kræver vi også at der så er nogen der kan være derhjemme, men det har du også

p: ja, men det kan godt blive sent, han kører som chauffør, så han er først hjemme ved 17 tiden, så kan han først være her nede halv otte

s: ja, ja, men det bestemmer du, fordi som sådan, behøver du ikke tale med en læge her, vi kommer ind og orienterer dig ud fra journalen, som vi får tilbage, sådan kort

p: ja, det er foregået og sådan noget

s: jo, men normalt taler man ikke med en læge undtagen hvis man selv ønsker det...så hvornår du vil tage hjem det bestemmer du

p: ja, ja, og når jeg er frisk nok

s: det er klart, og så du ikke er alene i nat, det er
180) også betingelsen for det, når man har været i bedøvelse, ikke ...ja...godt

10

s: men ellers ved jeg ikke om du har nogle ting... du er i tvivl om

p: jeg har læst lidt på det

185) s: ja?

støj

p: jeg synes ikke der er noget, så spørger jeg hvis der er noget, det kan godt være bagefter ikke

s: jo, godt, men så vil jeg lige tage noget vand til
190) de piller her

p: ja

...
...

s: ja, jeg skal lige høre, du er fastende og tørstende?

p: ja

195) s: og hvornår er du født?

p: svarer

s: og så skal jeg lige have dit navn en gang til

p: svarer

s: ja, så får du fire styks

200) p: tak skal du ellers have

s: ja det ser fint ud

p: ikke mere vrøvl om morgenmad!
meget smart glassene ikke er så store

...
...

p: sådan, tak for mad

SAMTALE 2

Samtale ved indlæggelsen af en patient der er husmoder og 45 år. Sygeplejersken er 29 år og har været på afdelingen i ½ år.

Samtalen foregår på en 6-sengsstue med patienter i tre af de andre senge. Patienten sidder op i sengen med hospitalstøj på, sygeplejerksen kommer og sætter sig på sengekanten.

p = patienten
s = sygeplejerske
// = modparten afbryder og siger noget
/tekst/ = det modparten siger
--- = min inddeling af samtalen

1

s: den (urinen) var i orden så den streger jeg med det samme.
har du været indlagt før?

p: ja, jeg har været...

5) s: her, oppe hos os

p: nej ikke her

s: ikke her hos os // godt

p: /nej, det.../
det er mange år siden

10) s: det er mange år siden, godt
har du været indlagt for det samme

p: nej

2

s: OK, så vil jeg give dig to pjecer, en om vores afdeling, som der står lidt om. Der står også lidt
15) om at vi lukker i dag øh // kl. 17 jo

p: /kl.17/

s: det er muligt, hvis du ikke har det godt, at du kan blive overflyttet til anden afdeling. Men det kan du se i efter- middag, hvordan du har det

20) p: det kan man ikke rigtig sige nu, det ved man jo ikke

s: nej, men det er ikke noget som vi tager stilling til nu, men det kan du se i eftermiddag, hvordan du har det.

25) p: jeg har jo en stor datter, jeg har derhjemme som...

s: en voksen datter

p: hun er en 15-16

s: 15-16 år

pause

p: min mand kommer hjem kl.8 så det, da kommer han hjem så

s: så er det så også muligt at du måske skal vente til klokken 8 med at tage hjem, når han kommer og henter dig, hvis han kan komme og hente dig, at du i hvettilfælde kan tage Falck hjem ved 8-tiden, når han er kommet hjem

p: ja

s: det er mere fordi...du har været bedøvet og så...er det rart hvis du tager hjem, at der er en voksen derhjemme, nu, du er lidt omtåget

p: ja, det er rigtig

s: i forbindelse med narkosen, det er du jo det første døgns tid

p: ja

s: så...det kan vi lige snakke om bagefter hvis, vi kan se hvordan du har det...

p: ja, ja, det er som sagt, man kan ikke rigtig sige noget om det...

3

s: ...den anden, det er en vejledning om det indgreb du skal have foretaget...og der står hvad det er der foregår, man fjerner slimhinden inde i livmoderen...i fuld bedøvelse. Nu her når vi har snakket sammen, så får du, tager nogle piller med til dig...det er 15 mg stesolid du får så du slapper godt af

p: og bliver lidt svimmel, ja

s: og bliver søvnig ja, inden du skal over og bedøves. Så bliver du på et tidspunkt hentet af en portør, og over på operationsgangen, kommer til at ligge og vente lidt der, og bliver så kørt ind på en operationsstue...kommer op i gynæ- kologisk leje og får en kanyle i hånden...

p: ja, det har jeg

s: det har du prøvet, godt. Så bliver du vasket af med lidt lunkent vand og så bliver du bedøvet...og så vågner du op igen i løbet af et kvarter tyve minutter...og så kommer enten jeg eller Nele og henter dig tilbage her på afdelingen

---

4

p: ja...gul jod kan jeg ikke tåle

s: gul jod, ja

p: hvis det altså skulle blive tilfældet med noget ikke

s: ja, helt fint, det skriver vi her over til narkosefolkene

p: sidst slog jeg ud over det hele // jeg...

s: /jeg ved ikke om du har sagt det/ ...nede i modtagelsen til lægen

p: nej, det glemte jeg

s: nej godt, så er det vigtigt at vi skriver det her...for man bruger jod derovre, når man ligesom vasker af, mens du er bedøvet...

p: det var noget jeg kom i tanke om // om mens der (støj) slog ud over det hele, fik vabler over det hele og det kløede, sidst

s: ubehageligt, ja, hvornår var det

p: det var ved brystet jeg blev opereret ikke, så det kan godt være de har puttet meget på, det ved jeg ikke...// men det var derfor jeg fik helt sår af det

s: /nej, men/ men det skal du ikke have igen vel

p: nej,

s: men det er så også vigtigt at du husker at sige det...

5

når du kommer tilbage, du skal nok ligge og sove bedøvelsen ud af kroppen (støj) men du får lidt at spise og drikke, når du har lyst til det, og kommer op...og har du det så godt, så kan vi så snakke om det, hvorvidt det er rimeligt eller ej du kommer hjem, så det

p: men det er måske også dumt man skal ligge ovre på en afdeling 3 timer hvis...

s: nej, nej, det er det ikke, de ved // at det sker hver fredag at der er nogle som kommer over og ligger et par timer eller til næste dag inden de tager hjem...så det er det ikke

p: /eller 2½ time/
man kan jo ikke vide hvis det er, man er frisk...

s: hvis du føler dig mest tryg ved at vente til din mand kommer så synes jeg absolut du skal gøre det...det er ligesom et krav vi stiller når I skal hjem, at der er en voksen derhjemme, ikke fordi der sker noget akut vel, men fordi man er utilpas efter bedøvelsen...og det er måske også lidt meget at byde en pige på 15

p: ja, hun tænker ikke over rigtigt, men hun talte om at hun måske, hun skulle lave mad og sådan hvis jeg kom hjem, fordi jeg ikke rigtig var klar over hvad tid det blev gjort...så
som vi snakket lidt om det

s: godt, men hun ved du er her

p: ja, ja, for hun havde fået at vide hun skulle være hjemme

s: hun skulle være hjemme i dag...hun er i skole nu ikke

p: jo, jo, hun skulle være hjemme klokken fem i hvertfald (støj)

6

s: ja, men det her lader jeg ligge her

p: jo

s: den lille seddel her, den får du med over til narkosefolkene, der skriver jeg så at du ikke tåler jod, kun gul jod?

p: ja, der var ikke noget med det røde...jeg ved ikke om der er forskellige ting i

s: men du tåler godt rød jod

p: ja, det mener jeg, altså jeg ved ikke, altså, jeg har ikke fået det i store mængder som jeg gjorde det den gang...

s: ved du hvad, jeg skriver det bare her, du tåler ikke brun jod

p: ja

s: med rødt, så de ser det

p: ja

s: det kan godt være at du sover så godt når du kommer derover at du ikke får det sagt til dem...

7

p: jeg kan huske sidst, der mener jeg slet ikke det virkede, for jeg sad op i sengen og snakkede // hele tiden da jeg fik//

s: /gjorde det ikke /
/det kan godt være/
...det ikke gør, altså det skal jeg ikke, dvs det gør det som regel, men jeg kan ikke love dig at, at det gør det 100%

p: nej, men jeg kan godt mindes at jeg sad op og sagde...

s: der er ikke andet end gul jod du ikke kan tåle

p: nej

8

s: og du skal ind og have lavet den udskrabning i dag

p: ja, og hvornår får man så besked...

s: ved du hvad årsagen er til det

p: ja, at jeg har en muskelknude eller sådan noget fibrom eller hvad du nu kalder det. Men jeg er ikke klar over hvor den sidder, om det er inde i livmoderen, og hvorfor man tager livmoderen

s: skal du have fjernet livmoderen?

p: ja, senere

s: senere og det er bestemt

p: ja...ja

s: godt...så undersøger man så ved en udskrabning inden, ikke også, man fjerner...hvordan cellerne ser ud inde i livmoderen, ikke

p: ja, ja

s: men...

p: nå, men det var det at sådan noget kan sidde både udvendigt eller inde i livmoderen ikke, det ved jeg ikke noget om

s: nej, altså som // tit selve livmoderen der er det større ikke

p: /og hvorfor man vil tage/
ja, forstørret

s: at det så sig større

p: nå, men det er fordi man troede man bare kunne fjerne det der var knuden eller hvad man nu kalder det...det // kom jeg først til at tænke på bagefter ikke

s: /det er ikke/
ja, nej, det // nej, det gør man som regel ikke, men ellers synes jeg du skulle prøve at snakke med en læge om det, hvis du er i tvivl ikke, fordi nu ved jeg ikke, altså jeg har ikke dine papirer, jeg kan ikke se hvor den knude sidder, om den sidder udvendig eller indvendig eller // øh

p: /det gør man så ikke/
/nej, det ved jeg egentlig heller ikke selv/

s: men meget tit så er det jo sådan, at selve livmoderen, altså den muskel som livmoderen er, som er vokset ikke også, som giver sådan en knude...uden at det i øvrigt er øh ondartet
...at det...

p: nej, det ved jeg godt, i de fleste tilfælde er det jo...

s: ...simpelthen bare sådan en... // muskelknude som altså, hvor musklen er vokset ikke også...ja, godt

p: /ja, som man ikke ved hvorfor/

2

s: ...efter udskrabningen kan du forvente at bløde en ugestid svarende til din menstruation og i...10 dage efter udskrabningen, sådan cirka, da skal du op til din egen læge, og da vil du få svar på hvad der er fundet ved udskrabningen...

p: 10 dage efter

s: men der går 10 dage inden at dit svar, at du kan få svar, men det tager nogle dage og undersøge det...det blod...og så tager det også nogle dage inden papirerne går fra vores overlæge ud til din egen. Så for at være sikker på at svaret er der ude hos din egen læge, når du kommer op til ham, så siger man at det varer 10 dage... godt
...og i den tid skal du passe på, du skal passe på at du ikke får underlivsbetændelse // ja, og der står også lidt om hvad du skal, du skal ikke bruge tamponer // du skal ikke have samleje, du skal ikke // gå karbad og svømmehal. Det er fordi man har ligesom åben // op til livmoderen ikke også, og er mere modtagelig i den periode

p: /infektioner og/
/nej, men det bruger jeg ikke i forvejen/
/karbad/
/mere modtage.../

10

...mener ikke der er noget

s: i tvivl om noget

p: næh

s: vi kommer til at snakke om det her igen og efterforløbet bagefter, når du vågner op, inden du bliver udskrevet, og der snakker vi så samtidig om hvad det er der er gjort ved operationen

p: ja, ja, men det er fint så

s: så du får, får det at vide igen og ellers så står det også i vejledningen, som du så kan

p: ja, det er godt

s: jeg skriver her

11

avbrudt i lang tid, sygeplejersken taler bl.a. med en anden der kommer ind på stuen.

s: jeg skriver så her at du er mødt fastende...du får 15 mg stesolid...kl.10.40...som afslappende... medicin...når du nu har fået de piller vil jeg bede dig om ikke at stige ud af sengen, ikke uden at kalde, at vi er der til at give dig en hånd, fordi du bliver sløv, og du kan også godt blive usikker på benene // derfor vil det være rarest...ja

p: /hvis jeg skal ud og tisse/

s: ja, hvis du skal, så kald på os, så vi lige kan hjælpe med en hånd, hvis det er nødvendigt, ikke

p: ja, ja

s: godt...og trusserne...

p: jeg har taget dem af

s: godt, og stiklagnet har du også taget rundt om... strømperne på, så du er helt klar

p: ja, så vil jeg godt have det overstået

s: ja, så må vi håbe det ikke varer alt for længe inden at du bliver hentet

p: nå, alle skal ned her, måske

s: ja, det skal de

p: ja, ja

SAMTALE 3

Samtale mellem en patient der er 46 år, er lærer og læser fransk på købmandsskolen. Hun ligger i sengen med hospitalstøj på. Sygeplejersken er 31 år og har arbejdet på afdelingen i 2 år.

Samtalen foregår på en 6-sengsstue med patienter i de andre senge.

p = patienten
s = sygeplejersken
// = modparten afbryder og siger noget
/tekst/ = det modparten siger
--- = min inddeling af samtalen

1

s: jeg hedder Marianne og jeg skal passe dig

p: det var godt

s: jeg ville høre om du havde noget at spørge om

p: altså jeg har spurgt foreløbig nede hos den der læge som tog imod ikke, og lavede forundersøgelsen, om et par ting og fået at vide at jeg først kan spørge den læge jeg møder i eftermiddag

s: aha

p: så derfor har jeg vel egentlig ikke nogle spørgsmål tilbage nu // tror jeg ikke

s: /nej/
altså hvad drejer det sig specielt om, fordi som reglen får jeg jo journalen tilbage, og så står der om du kan gå hjem eller hvad, så derfor vil jeg gerne vide...

p: ja, det drejer sig om jeg skal fortsætte med de hormonpræperater som jeg har taget...selv om de nu har givet mig de her problemer, jeg skulle faktisk starte en ny cyklus, ikke

s: ja

p: derfor er det vigtigt at få det at vide, inden jeg går hjem...mine problemer er nok opstået ved at jeg har skiftet præperater i den sidste tid, og spørgsmålet er så, om jeg skal skifte tilbage til noget af det gamle

s: ja

p: og det er et vigtigt spørgsmål at få besvaret

s: ja, det kan jeg godt forstå, men ved du hvad, det skal jeg være opmærksom på når journalen kommer, for hvis lægen ikke har skrevet noget om, om du skal fortsætte eller hvad, så skal vi jo have fat i en der kan tale med dig // ikke

p: /netop/

s: jeg regner med at ham du har talt med nede i modtagelsen at han har skrevet problematikken så vi // kan

p: /ja, det har/
det var en pige og det har hun, hun har skrevet et stykke papir om det ikke

s: ja, godt, så finder vi ud af det, ikke...men kommer du så ind med blødningsforstyrrelser nu eller...

p: ja, det gør jeg...

s: ja, godt

p: det er ikke godt

s: nej, det er ikke godt nej, for dig i hverttilfælde

p: nej

2

s: nu skal du se, vi skriver ho os sådan et stykke papir, hvorfor du skal indlægges, og hvad planen er, så vil jeg skrive heroppe at årsag til indlæggelsen er at du kommer ind med blødningsforstyrrelser

p: det er klart, ja

s: og planen er så at du får lavet en udskrabning i dag, og så når du kommer tilbage fra operationen så skriver vi her hvordan du har haft det, og hvordan det i det hele taget er gået

p: ja, og normalt, hvis det er gået som det skal, er det noget med at jeg kan hentes sidst på dagen

s: det kan du, ja, når du er frisk nok og har været oppe og gå lidt...man tager også en prøve fra din livmodermund...og nogle gange kan det bløde lidt derfra...og så kan man være nød til at lægge et gazestykke op i skeden, for lige at stoppe blødningen, men det skal ligge en 4 timer, 4-5 timer ikke, så det skal vi lige være opmærksom på, om der ligger noget, for hvis der gør det, så er du nød til at blive detstykke tid længere

p: ja, det vil sige, når jeg går hjem, så får jeg allerede et svar på om der var eller...

s: nej...der skal du gå hos din egen læge // om 10 dage

p: /skal jeg det/

s: så sender de brev derop til hvad det har vist

p: så I foretager de fornødne undersøgelser, så I kan svare på om der er andet, ikke, andre årsager, end skal vi sige...

s: det kan du tro, man undersøger om der er kræft eller noget i det, gør man

p: godt, og det gælder både livmoderen og øh

s: halsen og livmodermunden, altså man undersøger simpelthen for celleforandringer i slimhinden, hvordan...

p: godt, netop

s: og de laver jo også en gynækologisk undersøgelse og føler godt efter om dine æggestokke føles normale og sådan noget

p: ja, det er vel de samme undersøgelser jeg er vant til når jeg går regelmæssigt til kontrol, ikke

s: ja, det er det

p: der står, jeg er ikke nået igennem, men der står noget med at man ikke må have smykker eller noget som helst, dvs ur og alt bliver lagt i tasken

s: ja, altså det vil vi helst

p: og den lader jeg så ligge her

s: ja, ellers vil jeg så tage den ind på kontoret, for vi har haft tyveri her, så og det er lidt på eget ansvar...

p: nå, men jeg vil da meget gerne hvis du vil tage

s: så tager jeg den med ind på kontoret ikke, og låser det inde, og så får du det igen når du kommer tilbage

p: ja, udmærket

3

er det noget du skal have nu, at jeg...

s: ja, fordi

p: er jeg på vej ned eller

s: ja, forhåbentlig inden middag, men jeg kan ikke love dig det

p: åh, nå

s: fordi din journal, den skal skrives først, og så skal den over på operationsgangen

p: ja

s: og så, altså man kommer over når der er plads ikke, og det kører på en stue

p: og du har ikke nogen fornemmelse af, at der er mange evt

s: ikke andet end jeg ved, jeg har fået, hvad har jeg fået, jeg har fået 8 patienter i dag og I skal ned alle sammen

p: det er mange...det vil sige at det er lidt for tidligt at give dig tasken, ikke

s: æh, jo, hvis du skal bruge noget i den, ellers kan jeg godt tage den med ind

p: jeg vil hellere vente, så kan jeg, hvis det er ikke

s: godt, øh, jeg skal høre dig om du er allergisk overfor noget

p: altså jeg har høfeber i sæsonen ikke, men ellers er jeg ikke

s: ikke overfor medicin

p: nej

s: nej, spiser du noget medicin, ud over hormonpillerne

p: nej

s: hvad hedder hormonpillerne

p: divena, hedder de sidste

s: devena

p: d-e-v-e-n-a-, men mit spørgsmål går på om jeg skal tilbage til noget af det andet

s: ja, men det finder vi ud af

(pause)

p: er det sådan at I ringer til min mand når jeg er klar, eller er det ham der ringer til Jer, eller hvordan foregår det

s: ja, det kan du også selv gøre

p: jeg har, altså foreløbig ved han hvor jeg ligger ikke, på 32 så går jeg ud fra at man nemt kan finde frem til mig ikke,

s: det kan du tro, hvis han spørger efter afdelingen, så får han os, ja

p: godt

s: og du vil formentlig også selv være frisk nok til det, hvis det er du sover når han ringe ikke, så når du er frisk nok kan jeg sige at han har ringet, og så kan du selv ringe tilbage

---

4

p: nå, men ellers kan du også bare fortælle om det bliver ca omet par timer eller hvad

s: altså det kan vi sagtens finde ud af

p: fint

(pause)

s: nu skriver jeg her at vi lige skal være opmærksom på om du skal fortsætte med de hormonpiller

p: ja, der er i øvrigt en anden ting, når jeg bliver lagt, jeg har en nakkehvirvel som ikke har det så godt, den er smuttet, og det vil sige, hvis jeg ikke bliver lagt helt strakt, altså med kroppen lige, så risikerer jeg at få yderligere spændinger og dermed drønende hovedpine // det har jeg meget tit, det er en vigtig ting

s: /ja, altså/
ja, skal jeg skrive her at du skal lægges lige eller hvordan

p: ja, det er simpelt hen et spørgsmål om at blive lagt lige, at jeg ikke ligger og drejer skævt på en eller anden måde

s: ja, hvad var det du sagde med nakkehvirvelen

p: ja, det er en nedslidt nakkehvirvel, det er brusken der er slidt væk og dermed smutter hvirvlen // jeg har det også i ryggen, da går jeg ud fra at det er et mindre problem

s: /nedslidt nakke/

(pause)

det skal jeg også tænke på når du kommer tilbage

p: det er nemlig det, jeg kan ikke selv på det tidspunkt, sige til

s: nej, kan du ligge på siden normalt

p: ja, jeg kan godt ligge på siden, men det jeg helst ikke skal det er at ligge for drejet ikke, og ligge meget med hovedet til den ene side, hvilket jeg

faktisk er tilbøjelig til at gøre om natten, uden selv at vide det ikke,og det er ikke så godt, fordi jeg i forvejen har et problem her

s: ja, ja, godt, så finder vi ud af det

(pause)

p: jeg har gjort opmærksom på til lægen, at jeg tidligere, at jeg tidligere har haft leverbetændelse, og det er måske vigtigt i forbindelse med narkosen, i hvert fald at I husker det

s: ja, det skriver jeg på, også til narkosesygeplejerskerne, det her er nemlig det papir hvor jeg skriver hvad du har fået af medicin til at slappe af på, og de læser helt sikkert hvilke bemærkninger der bliver skrevet ikke

p: ja

s: hvor lang tid siden er det du har haft det

p: jeg havde leverbetændelse i 75-76

(pause)

p: jeg har egentlig glemt navnet på din kollega fra RUC

s: Jytte Becker mener jeg hun hedder

(pause)

---

s: så skal jeg høre dig, har du fastet fra midnat

p: ja

s: hverken spist, drukket eller noget

p: nej, jeg har ikke fået noget siden klokken 9 i aftes, så jeg trænger til et rundstykke og en kop te

s: ja, du må have det til gode til bagefter // så skal du nok få

p: /griner/
så er det ikke sikkert jeg har den helt store lyst til det

s: nej, det er det ikke, den kommer som reglen igen

p: det plejer at vare et stykke tid

s: nå, (griner lidt)
nu skal du se, du får 15 mg stesolid og slappe af på

p: det var meget

225) s: det var meget ja, nå, men det er nok ikke for meget til dig

p: øh, nej, øh

s: nu er du jo høj

p: ja, 181

230) s: du vejer 60 kg

p: vil du sige jeg skal have 20

s: nej, jeg tænker på om du skal have mindre, for du er jo en slank dame

p: ja, det er jeg

235) s: ved du hvad // jeg går lige ind og ringer til narkoselægen og hører

p: /så slår du benene væk under mig/ i hvert fald 2½ mg et eller andet, så er jeg bedøvet ikke

240) s: ja, ja, ved du hvad, jeg går lige ind og ringer og snakker med dem ikke, sådan at du ikke bliver helt slået ud...er der mere du vil spørge om

p: nej tak, det tror jeg ikke der er

s: ellers må du spørge bagefter ikke

245) p: ja, der dukker noget op senere

s: så finder jeg lige ud af det, og så kommer jeg med pillerne til dig

p: godt, tak

SAMTALE 4.

Samtalen foregår på K 32 d. 11/3 1988 mellem patienten, der er 33 år. Hun er uddannet sygehjælper og har bl.a. arbejdet på Roskilde Amts Sygehus. Og sygeplejersken der er 29 år og har arbejdet på afdelingen i ca. ½ år.

Samtalen foregår på en 6-sengsstue med patienter i de 3 andre senge. Sygeplejersken sidder på sengekanten og patienten sidder på sengen med dynen om sig.

Patienten har flere gange prøvet at fortælle sin historie, både til mig og til sygeplejersken uden at vente på vi fik sat båndoptageren til, derfor kommer vi lidt brat ind i samtalen.

p = patienten
s = sygeplejersken
// = modparten afbryder og siger noget
/tekst/ = det modparten siger
--- = min inddeling af samtalen

1

p: ...denne gang troede jeg egentlig jeg kunne have gennemført denne graviditet fordi det tegnede meget godt i starten, bortset fra jeg havde nogle blødninger, var i ambulatoriet, blev scannet. Så sagde hun jeg skulle tage den med ro, derovre. Nu har jeg været sygemeldt en længere periode og det huer mig ikke rigtigt, på den måde jeg har været sygemeldt et helt år tidligere fra mit arbejde, så. Også pga kvalme og graviditetsgener i det hele taget, så nu. Jeg måtte altså desværre bide i det sure æble her og tage en abort igen. // Og det har jeg haft en gang tidligere, men jeg har jo også været gravid med diverse spiraler og, altså det er altså lidt kompliceret åbenbart.

s: har du haft fler aborter end den?

p: spontane har jeg også haft

s: ja, spontane har du også...

p: så jeg overvejer jo kraftigt den der sterilisation, men det har jeg ikke rigtig kunne nå tage stilling til.

s: har du gennemført nogle graviditeter?

p: ja, jeg har 3 børn, så jeg har jo hvad jeg skal have af børn. Men jeg troede det kunne have gået det her, og det er derfor det egentligt er gået så langt som til nu, for ellers havde jeg gjort det med det samme, hvis jeg havde, hvis det havde tegnet så dårligt som det har gjort her på det sidste, ikke, hvor jeg bare har ligget i sengen. Jeg tror at 5 kvalmestillende slags medicin kan du få navnet på ikke. Der er ikke noget jeg synes det hjælper, jo procilen hjælper noget ikke, men det andet er ligesom at slå vand på en gås altså, det hjælper simpelt hen ikke.

s: hvor langt er du henne

p: nu er jeg tolvte uge, nu er det jo altså // det skal være nu ikke

s: /det skal så være nu/

p: nu hvis det er. Det jeg kan mærke på det er børnene ikke. De kan godt huske hvordan det var sidst, sku' selv dit og dat ikke, og nu er det spidset til på den måde ikke også, de har også været syge i en periode ikke, // den lille har haft lungebetændelse og pigen har noget fåresyge.

s: /hvor gamle er de/
det har været syge // børn derhjemme

p: /det har været lidt i spåner altså/
Og så sagde jeg til lægen der, ja, men han kunne godt give mig noget hjemmehjælp ikke, og sådan, men jeg vidste jo nok hvordan jeg havde haft det sidst, og så måtte jeg tage stilling til øh...

s: hvad du så vil

p: fordi han kunne godt se at det var vanskeligt det der. Og jeg har også, jeg har haft vagtlæge ude og så gi' mig noget, simpelthen kvalmestillende, for at få lidt ro i det, men det er det, hvis jeg får taget for meget af noget ikke, jeg har jo den lille på 8 mdr. ikke, så er jeg bare proppet. Og det er det jeg ligesom ved inde i mit hoved ikke, den lille // min mand skal jo på arbejde ikke, han kan jo ikke gå hjemme ved mig og observere vel, hvordan går det nu.

s: /du kan heller ikke/
er han så hjemme i dag.

p: nu her er han jo, men jeg, den lille har jeg så passet et andet sted fordi de begge to var syge, så kunne de ligesom hygge sig, den store og ham ikke. Så det går helt fint det der med børnene.

2

s: men du ved...øh...hvordan det i store træk kommer til at foregå, så jeg fort...du er mødt fastende og skal nu bagefter lige tage dit eget tøj af, vores // skjorter og strømper på. Og så vil jeg bede dig om ikke at have trusser på.

p: /noget undertøj/
nå ja, ja, ja

s: men du skal så nok få nogle lige så snart du vågner op // kommer tilbage

p: /fordi der var ikke noget jeg kunne passe/

s: jeg finder et par andre trusser til dig

p: og så nogen undertrøje, det er også min egen
ja, men det var lige det jeg sagde til dig med det der kvalmestillende, skriver du det på der eller...

s: det skriver jeg på, at du øh, nej, jeg skriver det på fordi jeg ved ikke hvor sløv du bliver af // de piller...

3

p: /jeg mener nemlig de sagde de gav mig noget/
noget DHB tror jeg det hed, det de gav mig dernede, og jeg synes altså det hjalp, for det er nemlig, så det som jeg siger, at I lukker afdelingen at, kan jeg nu nå at blive klar...

s: ved du hvad, det skal du ikke tænke på, fordi hvis du ikke har det godt, så overflytter vi dig til afdeling C 75, en anden gynækologisk afdeling, og der kan du så ligge et par timer hvis du har brug for det, og tage hjem senere på aftenen, du kan tage hjem halv sels eller syv eller klokken otte, eller hvornår du nu har det godt.

p: ja

s: så du skal ikke føle dig presset til at afdelingen lukker klokken fem og du så skal være ude af døren.

p: altså det er nærmest det, hvis jeg har den, som jeg siger kvalme og det der og kaster op, og, så har jeg ikke lyst til at gå vel. med det samme

s: men det skal du ikke føle dig presset til // fordi vi lukker

p: /og sidst/
jeg tror altså nok jeg overnattede sidst, fordi jeg havde, og så, var lige startet op på, der kom en opkastning, og jeg var tung i hovedet. Og det var også, jeg tror også det er fordi jeg er så proppet, det er nok noget med jeg har ligget for meget derhjemme, jeg er ligesom, altså kræfterne de smulrer for en // ja,ja

s: /de smulrede mellem fingrerne på dig/
ja, men det skriver jeg bare på her, så de giver dig det i forbindelse med narkosen

p: ja

4

s: skal vi snakke om vejledningen

p: tænker, nej, men altså, nåede ikke at få de papirer hjemme vel, fordi jeg selv...

s: nej, det der sker nu, ikke også, er det at du er mødt fastende og vi har fået en urinprøve, øh, og når vi så snakker sammen så får du noget beroligende af mig, og det er stesolid

p: ja

s: så vil jeg bede dig om at tage smykker af og ur...og det kan jeg opbevare for dig // hvis du vil

p: /ja/
nej, det gør ikke noget

s: mens du er bedøvet, du bliver så kørt over på operationsgangen, kommer evt til at ligge og vente lidt, ovre på operationsgangen...og bliver så kørt ind på operationsstuen og der bliver du lagt op i et gynækologisk leje, bliver vasket af med lidt lunkent vand og får en kanyle i hånden

p: ja

s: og derigennem får du så bedøvelsen

p: men da mener jeg nemlig, på det tidspunkt er jeg nød til at have det her i hånden, det kvalmestillende

s: ja, det gør de også

p: og da var jeg altså ikke lige så medtaget

s: det varer tyve minutters tid, indgrebet, så kommer enten jeg eller Nele over og henter dig, så kommer du her tilbage og sover bedøvelsen ud af kroppen, får lidt at spise og drikke, og så tager vi, kan vi så sammen snakke bagefter om, øh...du skal hjem eller om du vil blive, overflyttes til en anden afdeling

p: men ved, du ved ikke noget om hvad tid vel, man kommer ned, det bliver bare sådan

s: det bliver lige så snart din journal er skrevet færdig nede i modtagelsen

p: ja, ja, ja

s: så kommer den op på operationsgangen og vil de, bede om at få dig hentet derover

p: jo

s: godt, så skal jeg lige en gang, allergi, er det noget du har

p: jeg vil næsten kalde det en allergi, den kvalme og opkastning, men det kan man vel ikke kalde allergi

s: nej,men

p: det har jeg bare altid, med det der bedøvelse

s: ja...godt...og medicin det er, du har så taget kvalmestillende

p: alt muligt med, jeg kan give dig fem navne tror jeg, jeg har taget procil og pyredoksin og hvad tog jeg, torekan hed de vist og...et, et andet søsygepræperat...og anautin og // en hel masse, alle de der har jeg taget

s: /en hel masse/

p: og det skal du ikke skrive

s: jo, jeg skriver kvalmestillende medicin, ikke også

p: ja, ja

s: tager du noget andet // ud over det

p: nej, nej...det har jo været daglig her et stykke tid

s: ja, ja, godt, det vi mest ser ved daglig medicin er om du tager f.eks. noget fast, altid // også selv om du ikke er gravid, ikke også

p: /nej, nej/
det er kun i forbindelse med nu

s: godt...og jeg skriver så her årsag til indlæggelse, det er du er gravid

p: ja (lidt opgivende suk)

s: og du skal have en abort i dag i fuld bedøvelse...hvis jeg så må bede dig om at...

(lang pause)

så vil jeg gerne bede dig om at tage dit eget tøj af og vores på

p: ja

s: og dine smykker af, og når du har gjort det så kommer jeg og giver dig pillerne

p: ja

s: og når du så har fået pillerne, vil jeg bede dig om at blive i din seng, og hvis du skal ud af sengen, ud og tisse eller, at du så lige kalder på os // klokkesnoren hænger der, så vi kan give dig en hånd, for du kan godt blive usikker på benene af stesoliden

p: /ja/
man må godt skylle munden eller hvad

s: det må du godt // du må bare ikke drikke // du må bare ikke så gerne drikke det vel

p: /fordi meget tør, fordi jeg nu/
/fordi jeg nu har siddet dernede og ventet ikke også/
nej, bare lige sådan // ja, køre det lidt rundt i munden sådan

s: /skylle munden må du alt det du vil/
godt, så kommer jeg tilbage til dig når

p: ja

s: du så har tøj og smykker af

5

p: ...det er sådan en lidt speciel lås nemlig, nå, den kommer

s: (til en anden: hvis du lige vil vente lidt)

p: men det er ikke sikkert, det er så heldigt jo

s: nej? nu må du lige vente lidt // jeg kommer tilbage til dig

p: /ja/
men jeg kan da, nu kørte jeg op med Falck, jeg kan vel egentlig godt kontakte dem når jeg skal hjem også // ligemeget hvad tidspunkt

s: /ja, det kan du/
har du fået sådan en returkørsels // seddel

p: jeg fik en sådan en brik der, et kort

s: så når du vågner lidt op til dåd, når du føler at nu skal du hjem, kan du enten give os den, eller du kan selv ringe til Falck...så kommer de og henter dig igen

p: ja, det kan jeg fo sådan set ligeså godt

s: ja, det...

p: ja, men jeg vil lige se hvordan jeg har det, fordi jeg tror jeg overnattede sidst...pga den...

s: så det, så det er så bedre at vi så venter med det.

p: det er jo // det er fordi jeg ikke // jeg var ikke så vågen eller hvad, jeg ved ikke...jeg følte mig i hverttilfælde sløv og...

S: /at overflyttes/
/om du skal overflyttes til C 75/
240) så skal du heller ikke tage...
OK

AFD. K 32 G. STUE

NAVN

PÅRØRENDE

ALLERGI

MEDICIN (DAGLIG)

MEDICIN EFTER BEHOV

~~181~~

EVT:

ÅRSAG TIL INDLÆGGELSE:

PLAN:

INDLÆGGELSESFORLØB:

BILAG 2

DAGBOG

Pt. prægeplade:

Højde:

Vægt :

Urin : A B S

Præ givet kl. af sygepl.
Antal mg.: per os
i.m.
i.v.
subc.
rectalt

Bemærkninger:

BILAG 3. s.1

BILAG 3 s.2

Dato: 21. januar 1986

MÅLSÆTNING FOR ÅBNE PLEJEPLANER.

FORMÅL

At patienten medinddrages i plejeforløbet samt udnytter egne ressourcer/egenomsorg og føler medansvar for at målet for indlæggelsen nås i samarbejde med plejepersonalet.

MÅL

At patienten efter introduktion om åbne plejeplaner er motiveret til at samarbejde omkring denne under indlæggelsen.

At patienten sammen med "sin" sygeplejerske opstiller/taler om forventninger/mål til indlæggelsen.

At samarbejdet mellem patient og plejepersonale beror på ligeværdighed, samt foregår i et miljø, hvor der hurtugt etableres/skabes tillid og tryghed.

At patienten med egne ord giver udtryk for oplevelser/følelser.

At patienten føler medansvar for at plejeplanen "føres" daglig efter behov.

BEST COPY AVAILABLE

At patient og plejepersonalet anvender den åbne plejeplan som et middel til at få indfriet patientens forventninger til indlæggelsen.

At plejepersonalet evaluerer den udførte sundheds- og sygepleje ved hjælp af den åbne plejeplan og handler udfra dette.

BEST COPY AVAILABLE

ROLIG-papirer

1974

* 1. Utz Maas, Sprachtheorie
* 2. Per Aage Brandt, Om sprogets samfundsmæssighed
* 3. Lis Glebe-Møller, Ansatser til et opgør med den behavioristiske sprogundervisning

1975

* 4. Peter Harms Larsen, Papirer til «Samtalens grammatik»
* 5. Lis-Glebe-Møller, Hvilken slags fransk skal der undervises i i vore skoler?
Henning Silberbrandt, Fremmedsprogsindlæring og fagstruktur

1976

* 6. Frans Gregersen m.fl., Revideret udgave af introduktionen og kapitelindledningerne til antologien «Klassesprog»
* 7. Ulf Teleman, How to become concrete in linguistics

1977

* 8. Ulf Teleman, (1) On causal conjunctions in Swedish, (2) Språk och socialisiation, Reflexioner över reflexioner, (3) Grammatikens tillstånd och behov
* 9. Hartmut Haberland, Review of Bente Maegaard m.fl., Matematik og lingvistik
* 10. Andrew Tolson, Approaches to language in cultural studies
Ulrich Ammon, Probleme soziolinguistischer Theoriebildung am Beispiel von Dialekt und Einheitssprache

1978

* 11. Ulf Teleman, Språkrigtighet i och utanför skolan
* 12. Norbert Dittmar, Hartmut Haberland, Tove Skutnabb-Kangas and Ulf Teleman (eds.), Papers from the first Scandinavian-German symposium on the language of immigrant workers and their children, Roskilde 19–23 March 1978
* 13. Peter Harms Larsen, Tekst og tale – analyser og problemer
* 14. Niels Haastrup og ulf Teleman, Svensk, dansk eller skandinavisk? En interview-undersøgelse af svenske læreres sproglige situation på et dansk universitet
* 15. Karen Risager (red.), Fremmedsprogsundervisning på RUC

1979

* 16. Karen Risager og Niels Haastrup (red.), Om anvendelse af sprogvidenskabelig viden i erhvervsfuntioner udenfor skolesystemet. Rapport far den 4. konference i nydansk grammatik og sprogbeskrivelse
* 17. Hartmut Haberland and Tove Skutnabb-Kangas, Political determinants of pragmatic and sociolinguistic choices

1980

* 18. Hverdagsskrift i anledning af ROLIGS femårsjubilæum
* 19. Elisabeth Bense, Linguistische Theorie und Sprachunterricht
Hartmut Haberland, Status und Legitimation von Theorien der Sprachvariation
* 20. Jørgen U. Sand og Søren Kolstrup, «Il fait rien? Je crois pas que je le dirais.»
* 21. Tove Skutnabb-Kangas, (1) Guest worker or immigrant — different ways of reproducing an underclass, (2) Violence as method and outcome in the non-education of minority children

1981

22. Karen Sonne Jakobsen, (1) Gruppeorganiseret og selvstyret fremmedsprogstilegnelse. Et undervisningseksperiment på RUC. (2) Skolesprogene. Om fremmedsprogenes status og funktion i gymnasiet

* 23. Ulf Teleman, Talet och skriften

* 24. Arne Thing Mortensen, Jørgen U. Sand og Ulf Teleman, Om at læse fremmedsprogede tekster på 1. del af universitetsstudierne. 15 beskrevne og kommenterede forsøg.

* 25. Niels Haastrup, Ferie i udlandet & Færdighed i fremmedsprog. Rapportering om bearbejdelse af to statistiske undersøgelser

* 26. Karen Risager og Ulf Teleman (red.), Kønsspecifik sprogbrug — hvad er det?

1983

* 27. Niels Haastrup, Tre debatoplæg om sprogpolitik og sprogundervisning i Danmark

* 28. Robert Phillipson and Tove Skutnabb-Kangas, Cultilingualism — Papers in cultural and communicative (in)competence

29. Knud Anker Jensen, Kontrastiv hverdag. Et alternativt "Landeskunde"-seminar
Niels Haastrup, Fremmedsprog i det sprogsociologiske billede i Danmark

1984

30. Jochen Rehbein, Reparative Handlungsmuster und ihre Verwendung im Fremdsprachenunterricht

31. Hartmut Haberland og Jacob L. Mey, Godt Peer Gynt er halve verket
Hartmut Haberland, A field manual for readers of "The Problem of Meaning in Primitive Languages" by Bronislaw Malinowski

* 32. Annette Bennicke, «Dieu a créé la femelle, l'homme a fait la femme.» En rekognoscering i dansk og udenlandsk kønssprogsforskning

* 33. Lars Heltoft og Uwe Geist, Relevans og intention. To analyser af en massemedietekst om økonomisk politik

34. Niels Haastrup, Uddrag af Christian Jensen Fauerbyes papirer samt bilag. Handout fra Själö-symposiet, september 1984

1985

* 35. Tove Skutnabb-Kangas and Robert Phillipson, Educational strategies in multicultural contexts

36. Senta Trömel-Plötz, Women's conversational culture: Rupturing patriarchal discourse

37. Rainer Paris, Zur symbolischen Konstruktion politischer Feindbilder

38. Karen Sonne Jakobsen (red.), Projektarbejde i fremmedsprogene. Rapport fra seminar på Roskilde Universitetscenter, 30.11.-1.12.1985

1986

* 39. Lars Heltoft, Verb-second-analysen - et svar fra Diderichsen-traditionen

40. Lars Heltoft, The pragmatic syntax of Danish *der*-constructions

1987

41. Karen Risager, Cultural studies and foreign language teaching in Denmark.

1988

42. Robert Phillipson and Karen Sonne Jakobsen, eds., Student foreign language projects at RUC

43. Elisabeth Bense, Tyskland - et gråt land med et grimt sprog, oder: Die Haltung dänischer Gymnasiasten zu Deutsch, Deutschland und den Deutschen

1989

* 44. Tove Skutnabb-Kangas and Robert Phillipson, Wanted! Linguistic human rights

45. Karen Risager, Kulturformidlingen i fremmedsprogsundervisningen: 4 artikler.

1990

46. Carol Henriksen, Two papers on 'fag(sprog)lig kommunikation'

1991

47. Jytte Becker, Samtaler i hvid kittel. En analyse af indlæggelsessamtaler og deres institutionelle betingelser

48. Hans-Georg Grüning, Minderheiten und Minderheitenliteratur — Beispiel: Südtirol
Mart Rannut: Beyond language policy — The Soviet Union versus Estonia

* = udsolgt/out of print

BEST COPY AVAILABLE